

TEMA 7: Trabajo en equipo multidisciplinar en la vía aérea pediátrica compleja

7.1. Justificación clínica del enfoque multidisciplinar en la vía aérea pediátrica compleja

La vía aérea pediátrica compleja constituye un **escenario clínico de alta especialización**, caracterizado por una combinación de **baja frecuencia, alta gravedad potencial y heterogeneidad anatómica y fisiopatológica**. En este contexto, el abordaje multidisciplinar no responde a un modelo organizativo abstracto, sino a una **necesidad clínica directa**, derivada de las limitaciones inherentes al manejo unidisciplinar.

Complejidad anatómica y fisiológica como punto de partida

La patología de la vía aérea pediátrica compleja —estenosis congénitas o adquiridas, malacias severas, lesiones dinámicas, patología traqueobronquial central, síndromes craneofaciales, secuelas posintubación— rara vez puede abordarse desde una única perspectiva. La anatomía es cambiante, el comportamiento de la vía aérea es dinámico y la respuesta fisiológica del paciente pediátrico es poco tolerante a errores secuenciales.

Esta complejidad obliga a integrar **diagnóstico, estrategia ventilatoria, acceso instrumental y resolución quirúrgica** en un mismo marco decisional. Ninguna especialidad, por experta que sea, dispone de todos los elementos necesarios para anticipar y resolver de forma aislada los distintos escenarios que pueden aparecer durante el manejo.

Baja frecuencia y alta carga cognitiva

A diferencia de otros procedimientos quirúrgicos o anestésicos, los casos de vía aérea pediátrica compleja tienen una **frecuencia relativamente baja**, incluso en centros de alto volumen. Esta baja exposición aumenta la **carga cognitiva individual** y el riesgo de errores derivados de la falta de automatización.

El trabajo en equipo permite **distribuir la carga cognitiva**, contrastar hipótesis diagnósticas y reducir la dependencia del juicio individual en situaciones de alta incertidumbre. Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, este aspecto es especialmente relevante en escenarios donde las decisiones deben tomarse de forma rápida y con consecuencias inmediatas.

Evidencia indirecta: qué nos enseñan los eventos adversos

Aunque la evidencia aleatorizada específica es limitada, múltiples análisis de eventos adversos graves relacionados con la vía aérea (incluyendo auditorías nacionales y registros internacionales) han mostrado que los fallos más frecuentes **no se deben a desconocimiento técnico**, sino a problemas de:

- planificación insuficiente,
- comunicación deficiente,
- retraso en la escalada,
- y toma de decisiones aislada bajo presión.

Estos hallazgos han reforzado el concepto de que la vía aérea pediátrica compleja es un **problema de sistema**, no exclusivamente de técnica. El enfoque multidisciplinar emerge así como una estrategia para **mitigar riesgos sistémicos**, más que como una suma de habilidades individuales.

Integración de diagnóstico y tratamiento

Otro argumento clínico fundamental a favor del trabajo en equipo es la necesidad de **integrar diagnóstico y tratamiento en tiempo real**. En la vía aérea compleja, la información endoscópica, la respuesta ventilatoria y la evolución clínica durante la instrumentación pueden modificar de forma inmediata la estrategia prevista.

La presencia y participación activa de distintos especialistas permite **reinterpretar hallazgos sobre la marcha**, ajustar la indicación quirúrgica o modificar la técnica de acceso sin retrasos ni pérdidas de información crítica. Esta integración resulta difícil de lograr en modelos secuenciales o fragmentados de atención.

7.2. Profesionales implicados y competencias específicas en la vía aérea pediátrica compleja

El manejo de la vía aérea pediátrica compleja requiere la participación coordinada de distintos especialistas, pero **no todas las disciplinas aportan el mismo tipo de competencias ni asumen el mismo nivel de responsabilidad clínica**. En los modelos avanzados de atención a la vía aérea pediátrica, el **cirujano pediátrico especializado en vía aérea** ocupa una posición central, no solo por su capacidad resolutoria, sino por su **visión longitudinal, diagnóstica y terapéutica** del paciente.

Cirugía pediátrica especializada en vía aérea

El cirujano pediátrico de vía aérea constituye el **núcleo clínico del abordaje multidisciplinar**, al integrar en una misma figura competencias diagnósticas,

terapéuticas y decisionales que abarcan todo el espectro de la patología de la vía aérea central.

Sus competencias incluyen de forma directa:

- **Evaluación diagnóstica integral de la vía aérea**, tanto anatómica como funcional, mediante broncoscopia rígida y flexible.
- **Caracterización precisa de estenosis subglóticas y traqueales**, incluyendo localización, longitud, grado, componente dinámico y repercusión clínica.
- **Toma de decisiones terapéuticas** basadas en la morfología y el comportamiento de la lesión: tratamiento endoscópico, reconstrucción quirúrgica, manejo paliativo o seguimiento conservador.
- **Ejecución de broncoscopia diagnóstica y terapéutica**, incluyendo dilataciones, resecciones, tratamiento de granulaciones, colocación y manejo de prótesis, y control de complicaciones endoluminales.
- **Capacidad de rescate quirúrgico inmediato** ante el fracaso de estrategias ventilatorias o instrumentales, incluyendo traqueotomía o abordajes reconstructivos complejos.

Además, el cirujano pediátrico aporta una **visión longitudinal del paciente**, esencial en patologías crónicas o evolutivas de la vía aérea, permitiendo anticipar complicaciones, planificar intervenciones secuenciales y evitar decisiones fragmentadas basadas en episodios aislados.

En este modelo, el cirujano pediátrico no actúa únicamente como “especialista quirúrgico”, sino como **referente clínico de la vía aérea**, con un papel activo en la planificación, ejecución y reevaluación continua del manejo.

Anestesiología pediátrica

El anestesiólogo pediátrico desempeña un papel fundamental como **garante del control fisiológico** durante todo el proceso. Su competencia principal reside en:

- la gestión avanzada de la ventilación y la oxigenación,
- el control de la profundidad anestésica y la relajación,
- la prevención y tratamiento de la inestabilidad hemodinámica,
- y la adaptación de la técnica anestésica a los requerimientos del procedimiento endoscópico o quirúrgico.

En el contexto de la vía aérea compleja, el anestesiólogo actúa como **socio clínico clave del cirujano pediátrico**, facilitando que la exploración y el tratamiento de la vía aérea se realicen dentro de márgenes fisiológicos seguros, especialmente en pacientes con reserva limitada.

Otorrinolaringología pediátrica

El especialista en ORL pediátrica aporta una experiencia específica en la patología del tracto aerodigestivo superior, particularmente a nivel laríngeo. Su participación es especialmente relevante en:

- patología de cuerdas vocales,
- lesiones laríngeas complejas,
- estenosis subglóticas con componente laríngeo predominante,
- y abordajes quirúrgicos combinados de la laringe.

La colaboración con cirugía pediátrica permite una **complementariedad anatómica**, integrando la visión laríngea superior con la evaluación traqueobronquial distal, evitando abordajes parciales o incompletos.

Neumología pediátrica

El neumólogo pediátrico especializado en broncoscopia aporta una **lectura funcional de la vía aérea**, centrada en la repercusión respiratoria de las lesiones y en la evolución clínica a medio y largo plazo. Sus competencias incluyen:

- evaluación funcional respiratoria,
- interpretación de malacias y colapsos dinámicos,
- seguimiento clínico de pacientes con patología crónica de la vía aérea,
- y apoyo en procedimientos broncoscópicos diagnósticos.

En equipos avanzados, su aportación complementa la visión estructural del cirujano pediátrico, enriqueciendo la toma de decisiones terapéuticas.

Cuidados intensivos pediátricos

El intensivista pediátrico aporta experiencia en el manejo de pacientes con **inestabilidad respiratoria y hemodinámica**, siendo clave en:

- la optimización preprocedimiento de pacientes de alto riesgo,
- el manejo del postoperatorio inmediato,
- la ventilación prolongada o compleja,
- y el tratamiento de complicaciones respiratorias graves.

Su papel es esencial para garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente fuera del entorno quirúrgico.

Enfermería especializada en vía aérea pediátrica

La enfermería especializada constituye un **pilar operativo** del equipo multidisciplinar. Su conocimiento del material, de las secuencias de trabajo y de las necesidades específicas de cada procedimiento permite:

- anticipar requerimientos técnicos,
- mantener la fluidez del procedimiento,
- y actuar como elemento estabilizador en situaciones de alta presión.

En la vía aérea pediátrica compleja, la experiencia de la enfermería tiene un impacto directo en la seguridad y la eficiencia del manejo.

Integración de competencias

El valor del enfoque multidisciplinar no reside en la superposición de funciones, sino en la **integración jerarquizada y complementaria de competencias**, con el **cirujano pediátrico de vía aérea como eje clínico**, alrededor del cual se articulan las aportaciones del resto de especialistas.

Este modelo permite una toma de decisiones coherente, evita fragmentaciones del manejo y favorece una atención centrada en la anatomía, la fisiología y la evolución global del paciente.

7.3. Toma de decisiones compartida en la vía aérea pediátrica compleja

La toma de decisiones en la vía aérea pediátrica compleja rara vez se apoya en algoritmos cerrados. Se desarrolla, en la mayoría de los casos, en un contexto de **incertidumbre anatómica y fisiológica**, donde la información es incompleta y puede cambiar de forma rápida durante la exploración o la instrumentación. En este escenario, el enfoque multidisciplinar permite transformar decisiones individuales potencialmente frágiles en **decisiones colectivas más robustas**.

Integración de perspectivas clínicas

Cada disciplina implicada en la vía aérea compleja aporta una **lectura distinta del riesgo**. Mientras que el anestesiólogo prioriza la estabilidad ventilatoria y hemodinámica, el cirujano evalúa la viabilidad de soluciones estructurales y el neumólogo interpreta el impacto funcional real de la lesión. La toma de decisiones compartida permite integrar estas perspectivas en una **estrategia común**, evitando que una visión parcial condicione de forma excesiva la conducta clínica.

Este proceso no implica consenso permanente, sino **deliberación estructurada**, donde se contrastan hipótesis y se jerarquizan riesgos antes de iniciar maniobras potencialmente irreversibles.

Selección de la estrategia inicial

Uno de los momentos críticos de la toma de decisiones compartida es la elección de la **estrategia inicial**. En la vía aérea compleja, esta decisión condiciona el resto del procedimiento: número de intentos, posibilidad de rescate ventilatorio y margen de maniobra ante complicaciones.

Las decisiones más seguras suelen ser aquellas en las que el equipo acuerda explícitamente:

- cuál es el objetivo inmediato (diagnóstico, tratamiento definitivo, estabilización),
- qué técnica ofrece mayor probabilidad de éxito inicial,
- y cuál será el criterio para abandonar esa estrategia si no progresa.

La explicitación de estos puntos reduce la improvisación y facilita el cambio precoz de plan cuando es necesario.

Decisiones dinámicas durante el procedimiento

A diferencia de otros ámbitos quirúrgicos, en la vía aérea pediátrica compleja la toma de decisiones no finaliza con la planificación previa. Los hallazgos endoscópicos, la respuesta ventilatoria o la aparición de complicaciones pueden obligar a **reformular la estrategia en tiempo real**.

En este contexto, el trabajo multidisciplinar permite una reinterpretación inmediata de la información disponible. Un hallazgo anatómico inesperado puede modificar la indicación quirúrgica; una ventilación inestable puede justificar la interrupción del procedimiento; una lesión dinámica puede cambiar la secuencia terapéutica prevista. La capacidad de adaptar la decisión sin retrasos depende directamente de la **presencia y participación activa de los distintos especialistas**.

Gestión de la incertidumbre y del riesgo residual

Las guías clínicas ofrecen marcos de actuación, pero no eliminan la incertidumbre inherente a la vía aérea compleja. La toma de decisiones compartida permite **hacer explícito el riesgo residual**, diferenciando lo que se conoce de lo que se asume como incierto.

Este ejercicio reduce la presión sobre un único decisor y favorece decisiones más prudentes, especialmente cuando el beneficio esperado es marginal frente al riesgo potencial. Reconocer colectivamente que una situación es de alto riesgo puede justificar conductas conservadoras que, en un enfoque individual, podrían percibirse como excesivamente cautas.

7.4. Comunicación efectiva en situaciones de alta complejidad

La comunicación es el **elemento vertebrador** del trabajo en equipo en la vía aérea pediátrica compleja. Numerosos análisis de eventos adversos han demostrado que los fallos de comunicación contribuyen de forma decisiva a errores de planificación, retrasos en la escalada y deterioro evitable del paciente, incluso cuando el nivel técnico del equipo es elevado.

Comunicación estructurada antes del procedimiento

Las guías y recomendaciones actuales promueven el uso de **briefings preprocedimiento** en escenarios de alta complejidad. En la vía aérea pediátrica compleja, este briefing no debe limitarse a una lista formal, sino que debe centrarse en:

- la estrategia inicial acordada,
- las alternativas previstas,
- los criterios explícitos de cambio de plan,
- y la asignación clara de roles.

Esta comunicación previa crea un **modelo mental compartido**, reduciendo la necesidad de explicaciones extensas durante momentos críticos.

Lenguaje común y terminología precisa

La complejidad técnica exige un **lenguaje común**, preciso y no ambiguo. Las guías recomiendan evitar términos vagos (“va regular”, “no me gusta”) y sustituirlos por descripciones funcionales claras (“ventilación ineficaz”, “desaturación progresiva”, “campo glótico no utilizable”).

El uso de terminología compartida facilita la comprensión inmediata entre disciplinas y acelera la toma de decisiones, especialmente cuando el tiempo es un factor crítico.

Comunicación cerrada (closed-loop communication)

La comunicación cerrada constituye una herramienta esencial en situaciones de alta carga cognitiva. Consiste en emitir mensajes claros, confirmar su recepción y verificar su ejecución. En la vía aérea compleja, esta técnica reduce errores relacionados con órdenes no escuchadas, malinterpretadas o ejecutadas de forma incompleta.

Las guías de seguridad y los estudios en simulación han demostrado que la comunicación cerrada mejora la coordinación del equipo y disminuye la probabilidad de omisiones durante crisis de vía aérea.

Verbalización del deterioro y de los puntos de inflexión

Un aspecto crítico de la comunicación efectiva es la **verbalización explícita del deterioro**. En la vía aérea pediátrica compleja, la progresión hacia escenarios de alto riesgo puede ser insidiosa. Las guías recomiendan que cualquier miembro del equipo pueda y deba verbalizar signos de alarma, como ventilación marginal persistente o desaturación progresiva.

La verbalización de estos puntos de inflexión actúa como un mecanismo de seguridad que facilita el cambio precoz de estrategia y reduce la fijación en la tarea.

Comunicación durante la crisis

Durante una crisis de vía aérea, la comunicación debe simplificarse y centrarse en información esencial. Frases cortas, órdenes claras y confirmación explícita son fundamentales para mantener la coordinación. El liderazgo funcional, más que jerárquico, permite que la persona con mejor visión global del problema guíe la secuencia de actuaciones.

7.5. Coordinación intraoperatoria y manejo de crisis en la vía aérea pediátrica compleja

La coordinación intraoperatoria en la vía aérea pediátrica compleja no es un fenómeno espontáneo, sino el resultado de **anticipación, roles definidos y capacidad de adaptación dinámica**. Las guías y los estudios de factores humanos coinciden en que, durante una crisis de vía aérea, el rendimiento del equipo depende menos de la pericia técnica individual que de la **coordinación efectiva bajo presión**.

Dinámica del equipo durante la inducción y la instrumentación

La fase de inducción y las primeras maniobras sobre la vía aérea concentran el mayor riesgo de deterioro rápido. En este momento, la coordinación del equipo debe permitir que:

- una persona mantenga la **visión global** del estado del paciente,
- otra se centre en la **ejecución técnica**,
- y el resto anticipe necesidades materiales y alternativas.

Las guías recomiendan evitar que el operador principal asuma simultáneamente el liderazgo global del proceso, ya que la carga cognitiva de la maniobra técnica puede limitar la percepción del deterioro fisiológico.

Transiciones críticas: puntos de máximo riesgo

Las transiciones —de ventilación a intubación, de una técnica a otra, o de una estrategia conservadora a una invasiva— representan puntos de alto riesgo. La coordinación eficaz

exige que estas transiciones sean **explícitas y verbalizadas**, evitando cambios implícitos que pueden pasar inadvertidos para parte del equipo.

Una transición bien coordinada incluye:

- anuncio explícito del cambio de plan,
- confirmación de la preparación del material alternativo,
- y verificación de que la ventilación está asegurada antes de avanzar.

Liderazgo funcional frente a jerárquico

En las crisis de vía aérea pediátrica compleja, el liderazgo más eficaz suele ser **funcional y flexible**, no estrictamente jerárquico. Las guías de seguridad recomiendan que el liderazgo recaiga en la persona con mayor capacidad para integrar información clínica y coordinar recursos en ese momento concreto, lo que puede variar a lo largo del procedimiento.

Este liderazgo funcional facilita la reasignación de roles cuando la situación evoluciona y reduce la rigidez que puede retrasar decisiones críticas.

Manejo de la carga cognitiva y del estrés

La carga cognitiva durante una crisis de vía aérea es elevada y sostenida. La coordinación intraoperatoria eficaz actúa como un **amortiguador del estrés**, permitiendo que cada miembro del equipo se concentre en tareas definidas y reduciendo la probabilidad de errores por saturación cognitiva.

Las guías y la evidencia en simulación muestran que los equipos entrenados en coordinación y manejo de crisis identifican antes el deterioro y cambian de estrategia con mayor rapidez.

7.6. Manejo de discrepancias y conflictos clínicos

Las discrepancias clínicas son **inevitables** en la vía aérea pediátrica compleja, dada la incertidumbre diagnóstica, la escasez de evidencia absoluta y la presión temporal. Las guías y los modelos de seguridad coinciden en que el problema no es la existencia del conflicto, sino **cómo se gestiona**.

Origen de las discrepancias

Las discrepancias suelen surgir de diferencias en:

- la percepción del riesgo inmediato,
- la valoración del beneficio esperado,
- la experiencia previa con escenarios similares,
- o la interpretación de hallazgos dinámicos.

Estas diferencias no deben interpretarse como fallos del sistema, sino como una consecuencia lógica de la complejidad del problema clínico.

Resolución de discrepancias bajo presión

En situaciones de alta presión, las guías recomiendan **estructurar la discrepancia**, evitando discusiones abiertas o implícitas que consuman tiempo y aumenten la confusión. Estrategias eficaces incluyen:

- verbalizar claramente la discrepancia (“no comparto la seguridad de este siguiente intento”),
- centrar el debate en **criterios objetivos** (ventilación, saturación, tiempo, número de intentos),
- y acordar un plan alternativo temporal si no existe consenso inmediato.

Este enfoque permite avanzar sin bloquear el proceso decisonal.

Cuando parar, cambiar o diferir

Uno de los conflictos más frecuentes en la vía aérea compleja es la decisión de **continuar frente a parar**. Las guías modernas legitiman explícitamente la decisión de detener un procedimiento cuando la relación riesgo-beneficio se vuelve desfavorable, incluso si no se ha alcanzado una solución definitiva.

La capacidad de aceptar esta decisión como una conducta clínica correcta, y no como un fracaso, es un marcador de madurez del equipo multidisciplinar.

Cultura de seguridad frente a cultura de “resolver a toda costa”

Las guías y análisis de eventos adversos señalan que muchos desenlaces graves están relacionados con una cultura implícita de “resolver a toda costa”. El enfoque multidisciplinar moderno promueve una **cultura de seguridad**, donde:

- la escalada precoz se considera una fortaleza,
- la duda clínica es legítima,
- y la protección del paciente prevalece sobre la finalización del procedimiento.

Esta cultura facilita la expresión de discrepancias y reduce el riesgo de errores catastróficos derivados del silencio o la complacencia.

7.7. Continuidad asistencial y aprendizaje del equipo en la vía aérea pediátrica compleja

El manejo de la vía aérea pediátrica compleja no finaliza con la resolución intraoperatoria del problema ni con la estabilización inmediata del paciente. Las guías contemporáneas y la experiencia acumulada en escenarios de alta complejidad subrayan que la **continuidad asistencial** y el **aprendizaje estructurado del equipo** constituyen elementos esenciales para reducir complicaciones tardías y mejorar resultados futuros.

Continuidad asistencial tras el procedimiento

La transición del paciente desde el entorno quirúrgico hacia unidades de cuidados intensivos u otras áreas asistenciales representa un momento crítico. En la vía aérea compleja, esta transición debe incluir una **transferencia de información detallada y específica**, que vaya más allá de los datos habituales del procedimiento.

La información clave incluye:

- hallazgos anatómicos relevantes,
- comportamiento dinámico de la vía aérea durante el manejo,
- dificultades encontradas y estrategias que resultaron eficaces o ineficaces,
- riesgos previsibles en el postoperatorio inmediato y diferido.

Esta continuidad informativa permite anticipar problemas respiratorios, planificar la vigilancia adecuada y evitar la repetición de maniobras potencialmente dañinas.

Importancia del debriefing clínico

Las guías y los modelos de seguridad clínica recomiendan el **debriefing postprocedimiento**, especialmente tras casos complejos o con incidencias relevantes. En la vía aérea pediátrica compleja, el debriefing no debe entenderse como una revisión administrativa, sino como una **herramienta clínica de análisis**.

Un debriefing eficaz permite:

- identificar puntos fuertes del manejo,
- detectar fallos técnicos o decisionales,
- analizar momentos de retraso en la escalada,
- y valorar la adecuación de la comunicación y la coordinación del equipo.

Este análisis compartido contribuye a transformar la experiencia clínica en conocimiento colectivo, reduciendo la probabilidad de repetir errores.

Aprendizaje a partir de casos complejos y eventos adversos

Dada la baja frecuencia de muchos escenarios de vía aérea pediátrica compleja, el aprendizaje basado únicamente en la experiencia individual es limitado. Las guías y la literatura en seguridad del paciente recomiendan un **aprendizaje estructurado a partir de casos**, tanto exitosos como complicados.

El análisis sistemático de eventos adversos o “casi fallos” permite identificar factores latentes, como deficiencias en la planificación, en la comunicación o en la disponibilidad de recursos. Este enfoque evita personalizar el error y refuerza la idea de que la mejora se produce a nivel del sistema clínico.

Transferencia del conocimiento dentro del equipo

El trabajo multidisciplinar genera conocimiento que debe ser **compartido y preservado**. La transmisión de experiencias, criterios y lecciones aprendidas entre los distintos profesionales implicados contribuye a homogeneizar la práctica y a reducir la variabilidad clínica.

Esta transferencia puede producirse de forma informal, pero las guías recomiendan favorecer espacios estructurados donde los casos complejos se revisen de manera conjunta, facilitando que el aprendizaje no dependa exclusivamente de la presencia de determinados individuos.

Impacto en la mejora continua de la práctica clínica

La continuidad asistencial y el aprendizaje del equipo cierran el ciclo del manejo multidisciplinar de la vía aérea pediátrica compleja. No se trata únicamente de resolver el caso actual, sino de **mejorar la capacidad colectiva** para afrontar casos futuros con mayor seguridad y eficiencia.

Este enfoque convierte cada caso complejo en una oportunidad de refinamiento clínico y fortalece la cohesión del equipo, un factor crítico en un ámbito donde la anticipación, la coordinación y la toma de decisiones compartida son determinantes del resultado.

Bibliografía:

1. Cook TM, Woodall N, Frerk C. Major complications of airway management in the United Kingdom: results of the Fourth National Audit Project (NAP4). *Br J Anaesth*. 2011;106(5):617–631.
2. Fiadjoe JE, Nishisaki A, Jagannathan N, et al. Airway management complications in children with difficult tracheal intubation from the Pediatric Difficult Intubation (PeDI) registry. *Br J Anaesth*. 2016;116(4):550–559.
3. Litman RS, Fiadjoe JE, Stricker PA, et al. Pediatric difficult intubation: a multicenter analysis of outcomes and complications. *Anesthesiology*. 2016;124(1):71–82.
4. Weiss M, Engelhardt T. Proposal for the management of the unexpected difficult pediatric airway. *Paediatr Anaesth*. 2010;20(5):454–464.
5. Engelhardt T, Weiss M. A child with a difficult airway: what do I do next? Current state of knowledge and management. *Paediatr Anaesth*. 2012;22(8):720–729.
6. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, et al. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force. *Anesthesiology*. 2022;136(1):31–81.
7. Difficult Airway Society. Guidelines for the management of unanticipated difficult intubation in children aged 1–8 years. *Anaesthesia*. 2015;70(11):1287–1310.
8. Disma N, Virag K, Riva T, et al. Airway management in neonates and infants: ESAIC and British Journal of Anaesthesia joint clinical practice guidelines. *Br J Anaesth*. 2024;132(2):e1–e20.
9. Flin R, Patey R. Improving patient safety through training in non-technical skills. *BMJ*. 2011;342:d214.

10. Catchpole K, Mishra A, Handa A, McCulloch P. Teamwork and error in the operating room: analysis of skills and roles. *Ann Surg.* 2008;247(4):699–706.
11. Hull L, Arora S, Aggarwal R, et al. The impact of nontechnical skills on technical performance in surgery: a systematic review. *J Am Coll Surg.* 2012;214(2):214–230.
12. Lingard L, Espin S, Whyte S, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(5):330–334.
13. Salas E, Sims DE, Burke CS. Is there a “big five” in teamwork? *Small Group Res.* 2005;36(5):555–599.
14. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2009;53(2):143–151.
15. Reader TW, Flin R, Lauche K, Cuthbertson BH. Non-technical skills in the intensive care unit. *Br J Anaesth.* 2006;96(5):551–559.
16. Fletcher G, Flin R, McGeorge P, et al. Anaesthetists’ non-technical skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *Br J Anaesth.* 2003;90(5):580–588.
17. Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000;320(7237):768–770.
18. Kurahashi K, et al. Crisis resource management in anesthesia and airway emergencies. *J Anesth.* 2014;28(2):255–263.