

Acuerdo nº: 1701

Pleno: 12 de noviembre de 2025

Acta nº: 300

Acuerdo de inclusión de un nuevo procedimiento para cuya atención se precisa designar centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el área de neumología y cirugía torácica.

ANEXO

ACUERDO DEL PLENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE INCLUSIÓN DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO PARA CUYA ATENCIÓN SE PRECISA DESIGNAR CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA (CSUR) EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) EN EL ÁREA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA.

Hasta el momento el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) ha acordado 111 patologías y procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el SNS y los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia.

Así mismo, el CISNS ha acordado la designación de 361 CSUR en 52 centros, que corresponden a 78 de dichas patologías o procedimientos.

El Comité de Designación de CSUR a propuesta del Grupo CSUR de Neumología y cirugía torácica, ha acordado en su reunión del 8 de julio de 2025, elevar al CISNS 1 nuevo procedimiento.

Procedimiento nuevo
Área de Neumología y cirugía torácica (<i>ver Anexo I</i>) (<i>Criterios elaborados en el Grupo CSUR de Neumología y cirugía torácica</i>)
112. Cirugía de la estenosis compleja de la vía aérea central en edad adulta

Una vez acordado el nuevo procedimiento por el CISNS, se abrirá un plazo de presentación de solicitudes de centros por parte de las Comunidades Autónomas al Comité de Designación. El Comité las evaluará y enviará las admitidas a trámite a la Subdirección General de Calidad Asistencial para el inicio del proceso de acreditación.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud adopta el Acuerdo de coordinación por el que se aprueba la inclusión de nuevo procedimiento para cuya atención se precisa designar centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el área de Neumología y cirugía torácica, con los correspondientes criterios de designación, que se incluyen en el anexo I.

Fundamento competencial: Artículo 149.1.16.^a de la Constitución Española que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad. Art.28.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ANEXO I

NUEVO PROCEDIMIENTO PARA CUYA ATENCIÓN SE PRECISA DESIGNAR CSUR EN EL SNS Y LOS CORRESPONDIENTES CRITERIOS DE DESIGNACIÓN

(Acordado en el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia, en su reunión del 8 de julio de 2025, a propuesta del Grupo de Neumología y cirugía torácica)

NUEVA PROPUESTA DE PATOLOGÍA O PROCEDIMIENTO

112. Cirugía de la estenosis compleja de la vía aérea central en edad adulta

GRUPO DE EXPERTOS DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA

M ^a Esther Quintana Gallego	ANDALUCÍA
M ^a Ángeles Gotor Lázaro	ARAGÓN
Marta García Clemente	ASTURIAS
Francisco de Borja García-Cosío Piqueras	BALEARES
Jesús Gabriel Sales Badía	C. VALENCIANA
Jose Luis Trujillo Castilla	CANARIAS
Jose Manuel Cifrián Martínez	CANTABRIA
Jesús Jiménez López	CASTILLA – LA MANCHA
Carlos Disdier Vicente	CASTILLA Y LEÓN
María Molina Molina	CATALUÑA
Jaime Corral Peñafiel	EXTREMADURA
Alberto Fernández Villar	GALICIA
Carlos Ruiz Martínez	LA RIOJA
Asunción Nieto Barbero	MADRID
José Antonio Ros Lucas	MURCIA
Pilar Cebollero Rivas	NAVARRA
Milagros Iriberry Pascual	PAÍS VASCO



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Francisco García Río	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA & RESPIRA. FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL PULMÓN (SEPAR)
Antonio Moreno Galdó	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA (SENP)
Carlos de la Torre	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA (SECP)
Mirella Gaboli	ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (AEP)
Oscar Asensio de la Cruz	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FIBROSIS QUÍSTICA (SEFQ)
Roberto Mongil Poce	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA TORÁCICA (SECT)
Claudia Valenzuela	ASESORA MINISTERIO DE SANIDAD
Julio Ancochea Bermúdez	ASESOR MINISTERIO DE SANIDAD
Juan Antón-Pacheco Sánchez	ASESORA MINISTERIO DE SANIDAD
Rosario Perona Abellón	ISCIII
Ana María De La Cruz Caballero	S.G. DE CALIDAD ASISTENCIAL (MINISTERIO DE SANIDAD)
Antonio Tallero Pineda	S.G. DE CALIDAD ASISTENCIAL (MINISTERIO DE SANIDAD)
Almudena Martín Cruz	S.G. DE CALIDAD ASISTENCIAL (MINISTERIO DE SANIDAD)

COORDINACIÓN

Felipe Gómez Martín M ^a Isabel Moreno Portela Carmen Pérez Mateos Pilar Usón Jaso	SG CARTERA DE SERVICIOS DEL SNS Y FC (MINISTERIO DE SANIDAD)
---	--



112. CIRUGÍA DE LA ESTENOSIS COMPLEJA DE LA VÍA AÉREA CENTRAL EN EDAD ADULTA

La estenosis laringotraqueal es un estrechamiento de la vía aérea que ocasiona dificultad para la respiración, normalmente de instauración progresiva lo que puede dificultar el diagnóstico y ocasionar errores y retraso en el tratamiento. La obstrucción de la vía aérea puede llegar a ser fatal o requerir una traqueostomía permanente, lo que supone una situación altamente limitante para la vida normalizada. Puede tener diferentes causas, la más frecuente es la originada por una intubación o traqueostomía previa^{1,2} que provoca una lesión permanente en la pared de la tráquea o la laringe. Otras causas son la patología tumoral³, por un tumor primario o metastásico; la idiopática, sin causa justificante conocida; y menos frecuentes son las estenosis de origen infeccioso o secundarias a enfermedades raras del tejido conectivo. Puede afectar a todas las edades de la vida, en la edad pediátrica las anomalías congénitas son la causa más frecuente y constituyen una entidad bien diferenciada, dado el tipo de corrección quirúrgica que requiere. En adelante nos vamos a referir a los pacientes adultos con estenosis de la vía aérea.

El manejo de la estenosis de la vía aérea normalmente obliga a un abordaje multidisciplinar, desde el diagnóstico hasta el tratamiento definitivo se implican diversas especialidades, normalmente: la unidad de intervencionismo de neumología, la unidad de intensivos y anestesia, radiología, otorrinolaringología, cirugía torácica, foniatría que participa en la recuperación, también cirugía plástica si se precisan injertos pediculados en la cirugía y, en ocasiones, oncología o reumatología si es necesario un tratamiento asociado.

La cirugía de la vía aérea con reconstrucción compleja se ha desarrollado tardíamente⁴. Ello es debido a que es una patología de baja incidencia que requiere un servicio de cirugía torácica con experiencia para abordar la cirugía traqueal compleja, una cirugía de elevado riesgo.

La complejidad radica bien en reconstruir la afectación de la laringe inmediatamente distal a las cuerdas vocales, o bien en requerir la exéresis de una extensa longitud de tráquea⁵. La baja incidencia, la complejidad de la cirugía, así como las dificultades en el manejo postoperatorio, refuerzan la necesidad de la especialización, la concentración de casos y por lo tanto que el procedimiento de cirugía traqueal compleja quede incluido dentro del ámbito de un CSUR.

Definimos la estenosis compleja de la vía aérea central en tres situaciones: cuando afecta a la laringe, cuando la extensión de la estenosis tiene una longitud superior a los 3 cm y todos los casos de reintervenciones por fallo de la primera cirugía.



Un **centro de referencia en cirugía de la estenosis compleja de la vía aérea central en pacientes adultos** debe de tener experiencia en cirugía de estenosis con afectación de la laringe o bien que las características de la estenosis obliguen a una resección de una longitud mayor a 3 cm de tráquea. Además, debe tener el equipamiento y experiencia suficientes en tratamiento endoscópico, incluyendo la disponibilidad de láser endotraqueal en sus diversas modalidades, para poder abordar la totalidad de las complicaciones a cualquier nivel de la laringe y la tráquea. En estas condiciones el éxito de la cirugía llega a alcanzar en torno al 82-95% de los casos⁵.

A. Justificación de la propuesta

► Datos epidemiológicos de la estenosis compleja de la vía aérea central:	La estenosis laringotraqueal secundaria a la intubación sigue siendo la causa más frecuente de indicación de cirugía de tráquea en el paciente adulto y sucede con una incidencia entre el 2-17% de las intubaciones ³ . Los tumores primarios de la tráquea son muy poco frecuentes, constituyen en la edad adulta el 2% de los tumores de la vía respiratoria, son en el 90% malignos y se presentan de modo avanzado lo que supone que la cirugía no sea factible en todos los casos.
---	---

B. Criterios que deben cumplir los Centros, Servicios o Unidades para ser designados como de referencia para la cirugía de la estenosis compleja de la vía aérea central en edad adulta

► Experiencia del CSUR: - Actividad: <ul style="list-style-type: none">Número de pacientes que deben atenderse para garantizar una atención adecuada de pacientes con estenosis compleja de la vía aérea central:	La Unidad de la vía aérea compleja del adulto debe haber tenido actividad en cirugía traqueal en los últimos 3 años, realizando al menos: <ul style="list-style-type: none">10 cirugías de estenosis laringotraqueal, >14 años, en el año en la Unidad, de media en los tres últimos años.
--	---



<p>- Otros datos: investigación en esta materia, actividad docente postgrado, formación continuada, publicaciones, sesiones multidisciplinarias, etc.:</p>	<ul style="list-style-type: none">- De estas, 5 cirugías laringotraqueales complejas*, >14 años, en el año en la Unidad, de media en los tres últimos años. <p><i>*Estenosis compleja de la vía aérea central: cuando afecta a la región subglótica, cuando la extensión de la estenosis tiene una longitud superior a los 3 cm o todos aquellos casos de estenosis intervenida quirúrgicamente con mal resultado y requieren reintervención quirúrgica.</i></p> <ul style="list-style-type: none">- 15 procedimientos endoscópicos laringotraqueales, >14 años, realizados en el año en la Unidad, de media en los tres últimos años.- Docencia postgrado acreditada: el centro cuenta con unidades docentes o dispositivos docentes acreditados para cirugía torácica, otorrinolaringología, cirugía plástica, neumología y anestesia y reanimación.- La Unidad participa en proyectos de investigación en este campo.<ul style="list-style-type: none">▪ El centro dispone de un Instituto de Investigación acreditado por el Instituto Carlos III con el que colabora la Unidad.- La Unidad participa en publicaciones en este campo.- La Unidad realiza sesiones clínicas multidisciplinarias, al menos mensuales, que incluyan todas las Unidades implicadas en la atención de los pacientes con afectación obstructiva de la vía aérea central para la toma conjunta de decisiones, coordinación y planificación de tratamientos.<ul style="list-style-type: none">▪ El CSUR debe garantizar la presentación de todos los pacientes de la unidad en sesión clínica multidisciplinar, quedando reflejado en las correspondientes actas.▪ La Unidad recoge en las Historias Clínicas de los pacientes la fecha, conclusiones y actuaciones derivadas del estudio de cada caso clínico en la sesión clínica multidisciplinar.
---	--



	<ul style="list-style-type: none"> - La Unidad tiene un Programa de formación continuada en vía aérea para los profesionales de la Unidad estandarizado y autorizado por la dirección del centro. - La Unidad tiene un Programa de formación en vía aérea autorizado por la dirección del centro, dirigido a profesionales sanitarios del propio hospital, de otros hospitales y de atención primaria. - La Unidad tiene un Programa de formación en vía aérea dirigido a pacientes y familias, autorizado por la dirección del centro, impartido por personal médico y de enfermería (charlas, talleres, jornadas de diálogo,...).
<p>► Recursos específicos del CSUR:</p> <p>Recursos humanos necesarios para garantizar una atención adecuada de pacientes con estenosis compleja de la vía aérea central:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital cuenta con un Comité de vía aérea con procedimientos normalizados de trabajo (PNT), basados en la evidencia científica, que se reúne periódicamente y que acredita sus decisiones mediante las actas pertinentes. <ul style="list-style-type: none"> ▪ El CSUR debe garantizar la presentación de todos los pacientes de la Unidad en el Comité de vía aérea, quedando reflejado en las correspondientes actas. ▪ La Unidad recoge en las Historias Clínicas de los pacientes la fecha, conclusiones y actuaciones derivadas del estudio de cada caso clínico en el citado Comité. - El CSUR tendrá carácter multidisciplinar y estará formado por una Unidad básica y diversas Unidades que colaborarán en la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes y actuarán de forma coordinada. <p>La Unidad básica estará formada, como mínimo, por el siguiente personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un coordinador o coordinadora asistencial, que garantizará la coordinación de la atención de los pacientes y familias por parte del equipo clínico de la Unidad básica y el resto de Unidades que colaboran en la atención de estos pacientes. El coordinador/a será uno de los miembros de la Unidad.



<p>Formación básica de los miembros del equipo ^a:</p>	<ul style="list-style-type: none">- Atención continuada de Cirugía Torácica y Otorrinolaringología las 24 horas del día, los 365 días del año.<ul style="list-style-type: none">▪ El centro cuenta con un protocolo, consensuado por la Unidad y el Servicio de Urgencias, autorizado por la Dirección del centro, de la actuación coordinada de ambos cuando acude a Urgencias un paciente con obstrucción de la vía aérea.- Resto de personal de la Unidad, con dedicación a vía aérea central:<ul style="list-style-type: none">- 4 especialistas en cirugía torácica.- 2 especialistas en otorrinolaringología con dedicación preferente a la patología de la laringe.- 2 especialistas en cirugía plástica.- 2 anestelistas con experiencia en cirugía de vía aérea.- 1 especialista en neumología intervencionista.- 1 especialista en rehabilitación respiratoria con programa de fisioterapia en hospitalización.- Personal de enfermería y quirófano específico.- 1 gestor o gestora de casos- 1 recurso de personal administrativo.- El coordinador/a debe tener una experiencia de al menos 5 años en cirugía traqueal compleja.- 2 especialistas en cirugía torácica con experiencia de 3 años en cirugía traqueal compleja.- 2 especialistas en otorrinolaringología con experiencia en el área de laringe de 3 años.- 2 especialistas en cirugía plástica con experiencia en microcirugía de 3 años.- Los especialistas en técnica endoscópica, cirujanos torácicos o neumólogos, deben tener experiencia en broncoscopia flexible y rígida de 3 años.- El equipo de anestesia con dedicación preferente a cirugía torácica y al menos 2 anestelistas con una experiencia de 3 años en la anestesia de la cirugía de vía aérea.
---	--

9



	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio/Unidad de Análisis Clínicos - Servicio/Unidad de Foniatría - Servicio/Unidad de Trabajo Social - Servicio/Unidad de Oncología médica y Oncología radioterápica
► Seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - La Unidad tiene establecido un procedimiento de identificación inequívoca de las personas atendidas en la misma, que se realiza por los profesionales de la unidad de forma previa al uso de medicamentos de alto riesgo, realización de procedimientos invasivos y pruebas diagnósticas. - La Unidad cuenta con dispositivos con preparados de base alcohólica en el punto de atención y personal formado y entrenado en su correcta utilización, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. El Centro realiza observación de la higiene de manos con preparados de base alcohólica, siguiendo la metodología de la OMS, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. - La Unidad conoce, tiene acceso y participa en el sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente de su hospital. El hospital realiza análisis de los incidentes, especialmente aquellos con alto riesgo de producir daño. - La Unidad tiene implantado un programa de prevención de bacteriemia por catéter venoso central (BCV) (aplicable en caso de disponer de unidad de cuidados intensivos o críticos). - La Unidad tiene implantado un programa de prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) (aplicable en caso de disponer de unidad de cuidados intensivos o críticos). - La Unidad tiene implantado el programa de prevención de infección urinaria por catéter (ITU-SU). - La Unidad tiene implantada una lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras (aplicable en caso de unidades con actividad quirúrgica). - La Unidad tiene implantado un procedimiento para garantizar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo. - La Unidad tiene implantado un protocolo de prevención de úlceras de decúbito (aplicable en caso de que la unidad atienda pacientes de riesgo).



<p>► Existencia de un sistema de información adecuado:</p>	<p>- El hospital, incluida la Unidad de referencia, codifica con la CIE.10.ES y recoge los datos del registro de altas de acuerdo a lo establecido en el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD): La Unidad tiene codificado el RAE-CMBD de alta hospitalaria en el 100% de los casos</p> <p>- La Unidad dispone de un registro de pacientes con <i>estenosis compleja de la vía aérea</i>, que al menos cuenta con los datos recogidos en el RAE-CMBD.</p> <p><i>La Unidad dispone de los datos precisos que deberá remitir a la Secretaría del Comité de Designación de CSUR del Sistema Nacional de Salud para el seguimiento anual de la unidad de referencia</i></p>
<p>► Indicadores de procedimiento y resultados clínicos del CSUR^b:</p>	<p>Los indicadores se concretarán con las Unidades que se designen.</p> <p>La Unidad mide los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mortalidad Hospitalaria: dentro de los 30 días postoperatorio.- Índice de reingresos.- Índice de reintervenciones.- Índice de reestenosis.- Índice de alteración en la fonación.- Índice de alteración en la deglución.- Índice de traqueostomía definitiva.- Índice de estancia ajustada al riesgo-IEAR- Índice de complicaciones ajustado al riesgo- ICAR- Índice de mortalidad ajustado al riesgo-IMAR

^a Experiencia avalada mediante certificado del gerente del hospital.

^b Los estándares de resultados clínicos, consensuados por el grupo de expertos, se valorarán, en principio por el Comité de Designación, en tanto son validados según se vaya obteniendo más información de los CSUR. Una vez validados por el Comité de Designación se acreditará su cumplimiento, como el resto de los criterios, por la S.G. de Calidad Asistencial.



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Bibliografía:

1. John C Wain. Postintubation tracheal stenosis. Chest Surgery Clinics of North America Volume 13, Issue 2, May 2003, Pages 231-246
2. Rumbak MJ, Newton M, Truncale T, Schwartz SW, Adams JW, Hazard PB. A prospective, randomized, study comparing early percutaneous dilational tracheotomy to prolonged translaryngeal intubation/delayed tracheotomy) in critically ill medical patients. Crit Care Med. 2004;32:1689-94.
3. Grillo HC, Mathisen DJ. Primary tracheal tumors: treatment and results. Ann Thorac Surg. 1990;49:69–77.
4. Grillo HC. Primary reconstruction of airway after resection of subglottic laryngeal and upper tracheal stenosis. Ann Thorac Surg. 1982;33(1):3-18.
5. Alessandra Siciliani, Erino Angelo Rendina, Mohsen Ibrahim. State of the art in tracheal surgery: a brief literature review. Multidisciplinary Respiratory Medicine volume 13, Article number: 34 (2018)