



medicina *intensiva*

<http://www.medintensiva.org/>



CARTA AL EDITOR

El manejo de la vía aérea en el paciente crítico. Necesidad de adaptar las guías a nuestra realidad y nosotros adherirnos a ellas

Airway management in critically ill patients. The need to adapt guidelines to our reality and adhere to them

Sr. Editor,

Albillos-Almaraz et al. abordan en su escrito aspectos relevantes del manejo de la vía aérea (VA) en el paciente crítico, y proponen una muy acertada clasificación de vía aérea difícil (VAD).

Argumentan que las guías para el manejo de la VAD se alejan de la realidad diaria del paciente crítico¹. Sin embargo, debemos reconocer que todas estas guías establecen una serie de recomendaciones de obligada aplicación que a diario pasamos por alto: la capnografía en forma de onda una de ellas^{2,3}.

El estudio INTUPROS muestra que en más del 80% de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos (UCI) de España la posición utilizada en el proceso de intubación es el decúbito supino, se preoxigenan con balón de resucitación, el primer dispositivo empleado es el laringoscopio, no se emplean bloqueantes neuromusculares en la totalidad de los pacientes y el uso de la capnografía es escaso⁴. Contrastan con este escenario las firmes recomendaciones de las guías de elevar el cabecero de la cama, preoxigenar mediante ventilación no invasiva (VNI), utilizar un videolaringoscopio como primer dispositivo, un adecuado bloqueo neuromuscular y la capnografía en forma de onda^{2,3}.

Una preoxigenación de 3 min con el ventilador en modalidad no invasiva con FiO₂ 100%, PEEP 5 y presión soporte entre 5-15 cmH₂O para alcanzar un volumen corriente entre 6-8 ml/kg³ aplicada a través de una máscara facial convencional debería ser el método de preoxigenación para todos aquellos pacientes catalogados por Albillos-Almaraz et al. como VAD electiva y VAD urgente¹. La ventilación manual con balón de resucitación y máscara facial deberíamos aplicarla solo como rescate en caso de fracaso en el primer plan de aislamiento de la VA³, en aquellos pacientes que encajan en la descripción de VAD emergente¹ o cuidadosamente durante la fase apnéica de la secuencia rápida de intubación².

Para alcanzar una tasa apropiada de éxitos en la intubación con videolaringoscopios resulta ineludible haber completado la curva de aprendizaje recomendada para cada uno de ellos, así como evitar emplearlos en circunstancias desfavorables (presencia de secreciones o sangre que ocupen la lente). En cuanto a dispositivos supraglóticos, consideramos que la mascarilla laríngea FastrachTM deberíamos tenerla siempre presente para el rescate ante un fracaso en los planes iniciales de aislamiento de la VA, por permitir la ventilación y la intubación a ciegas con una alta tasa de éxito con un mínimo entrenamiento previo.

La tasa de eventos adversos graves durante la intubación del paciente crítico oscila entre el 40-45% según los estudios^{2,4} y no emplear la capnografía en forma de onda se ha identificado como una de las causas⁵. Es por esto que emplear de forma rutinaria la capnografía debería ser un aspecto a mejorar, ya que entre los datos obtenidos en el INTUPROS figura una utilización en nuestras UCI menor al 12%⁴.

Creemos que el primer paso para mejorar uno de los procedimientos asociado a una tan elevada tasa de complicaciones graves, debería ser adherirnos a las recomendaciones de las principales guías de manejo.

Autorías

Todos los autores han participado activamente en la búsqueda bibliográfica, la redacción del manuscrito y la corrección de las diferentes versiones.

Financiación

Los autores declaramos que no existe financiación alguna.

Declaración de IA generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción

No se ha utilizado IA en ningún momento del proceso.

Bibliografía

1. Albillos-Almaraz R, Balboa-Palomino S, Pérez-Cabo E. El manejo de la vía aérea en el paciente crítico. Necesidad de un nuevo enfoque. *Med Intensiva*. 2025;49:502138, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2025.502138>.

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2025.502299>

0210-5691/© 2025 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Cómo citar este artículo: F.R. Pampín Huerta, G. Pardo Peña, D. Moreira Gómez et al., El manejo de la vía aérea en el paciente crítico. Necesidad de adaptar las guías a nuestra realidad y nosotros adherirnos a ellas, *Medicina Intensiva*, <https://doi.org/10.1016/j.medin.2025.502299>

2. Karamchandani K, Nasa P, Jarzeowski M, Brewster DJ, De Jong A, Bauer PR, et al. Tracheal intubation in critically ill adults with a physiologically difficult airway. An international Delphi study. *Intensive Care Med.* 2024;50:1563–79, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-024-07578-2>.
3. Higgs A, McGrath BA, Goddard C, Rangasami J, Suntharalingam G, Gale R, et al. Guidelines for the management of tracheal intubation in critically ill adults. *Br J Anaesth.* 2018;120:323–52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2017.10.021>.
4. Garnacho-Montero J, Gordillo-Escobar E, Trenado J, Gordo F, Fisac L, García-Prieto E, et al., Intubation Prospective (INTUPROS) Study Investigators. A Nationwide, prospective study of tracheal intubation in critically ill adults in Spain: Management, Associated Complications, and Outcomes. *Crit Care Med.* 2024;52:786–97, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000006198>.
5. Cook TM, Woodall N, Harper J, Benger J. 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 2: intensive care and emergency departments. *Br J Anaesth.* 2011;106:632–42, <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aer059>.

Francisco Ramón Pampín Huerta*, Gonzalo Pardo Peña, Dolores Moreira Gómez y María Pilar Madruga Garrido

Medicina Intensiva, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital HM Modelo, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franpampin@yahoo.es
(F.R. Pampín Huerta).