

of unanticipated difficult intubation in adults. *Br J Anaesth.* 2015;115:827–48.

6. Bromiley M. The husband's story: From tragedy to learning and action. *BMJ Qual Saf.* 2015;24:425–7.

M.A. Gómez-Ríos^{a,b,c,*}

^a *Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España*

^b *Departamento de Anestesiología, Hospital HM Modelo, A Coruña, España*

^c *Grupo de Anestesiología y Tratamiento del Dolor, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), A Coruña, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: magoris@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.03.002>

0210-5691/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

En respuesta a «Manejo de la vía aérea en las unidades de cuidados intensivos»



Reply to "Airway management in intensive care units"

Sr. Editor:

En primer lugar agradecer los comentarios de Gómez Ríos et al.¹, así como su interés en nuestro trabajo. En su carta comentan diferentes aspectos de nuestra encuesta y se utilizan datos de la misma para seguir haciendo énfasis en la existencia de problemas importantes en el abordaje de la vía aérea en el paciente crítico.

Queremos puntualizar que en los últimos años ha aumentado el número de publicaciones en este campo, aunque no han existido guías de manejo específicas para cuidados intensivos hasta la publicación en 2017 de las guías británicas por la *Difficult Airway Society (DAS)*², realizada de forma paralela a la encuesta, por lo que no se han podido hacer referencias a la misma. A pesar de ello nuestros resultados han demostrado que existe un amplio margen de mejora del tratamiento de la vía aérea en la UCI, por lo que comenzar a disponer de recomendaciones para homogeneizar su manejo puede suponer cambios en la morbilidad del paciente crítico. Serán necesarios *a posteriori*, estudios en los que se evalúe el impacto de dichas recomendaciones en la práctica clínica diaria.

La evaluación de factores predictivos de una intubación difícil es de utilidad en la planificación de estrategias de rescate, haciendo posible acortar los tiempos de actuación ante la aparición de complicaciones³. El uso de predictores combinados ha demostrado tener una mayor sensibilidad y especificidad a la hora de detectar una vía aérea difícil comparado con el uso de un solo predictor⁴. En los últimos años algunos estudios han demostrado la validez de la escala MACOCHA en la UCI⁵, a pesar de ello la valoración de la anatomía de la vía aérea en el paciente crítico suele ser difícil dada su escasa reserva funcional e inestabilidad, por lo que escalas como la de Mallampati (incluidas en la escala MACOCHA con una alta puntuación) pueden ser difí-

ciles de aplicar. A pesar de esto, aún en situación urgente, la presencia de predictores de vía aérea difícil debe tenerse en cuenta.

El uso de capnografía es de gran relevancia para descartar una intubación fallida al corroborar el correcto emplazamiento del tubo endotraqueal. A pesar de que su utilización es mayoritaria en el ámbito intraoperatorio, reconocemos que la ausencia de un ítem donde se pregunte por la disponibilidad de capnografía es una de las debilidades de nuestro cuestionario, estando ya recomendado su uso desde la publicación de la NAP4⁶.

Como conclusión, queda aún mucho por hacer en el abordaje de la vía aérea en la UCI, pero comenzar a disponer de recomendaciones para la práctica clínica puede suponer cambios en término de morbilidad. Serán necesarios más estudios para valorar el impacto de dichas recomendaciones y establecer nuevos protocolos de manejo de la vía aérea crítica.

Bibliografía

- Gómez-Ríos MA, et al. Manejo de la vía aérea en las unidades de cuidados intensivos. *Med Intensiva.* 2019;43:187–8.
- 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.
- Merah NA, Wong DT, Ffoulkes-Crabbe DJ, Kushimo OT, Bode CO. Modified Mallampati test, thyromental distance and inter-incisor gap are the best predictors of difficult laryngoscopy in West Africans. *Can J Anaesth.* 2005;52:291–6.
- Lavery GG, McCloskey BV. The difficult airway in adult critical care. *Crit Care Med.* 2008;36:2163–73.
- De Jong A, Molinari N, Terzi N, Mongardon N, Arnal JM, Guitton C, et al., AzuRéa Network for the Frida-Réa Study Group. Early identification of patients at risk for difficult intubation in the intensive care unit: Development and validation of the MACOCHA score in a multicenter cohort study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;187:832–9.
- 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.

M.G. Gómez-Prieto, I. Marmesat-Ríos
y J. Garnacho-Montero*

Unidad Clínica de Cuidados Intensivos, Hospital
Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jgarnachom@gmail.com
(J. Garnacho-Montero).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.05.002>
0210-5691/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Trombectomía mecánica en el ictus isquémico agudo, conociendo nuestros resultados



Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke, knowing our results

Sr. Editor:

Tras leer con interés el artículo recientemente publicado en *MEDICINA INTENSIVA* por Viña-Soria et al.¹ «Resultados y evolución funcional de pacientes críticos con ictus isquémico sometidos a trombectomía mecánica», nos gustaría hacer algunas reseñas.

Este artículo describe los resultados de una unidad pionera en España donde desde hace años se realiza tratamiento endovascular (TEV) a pacientes con ictus agudo, terapia que recientemente se ha demostrado superior al tratamiento solo con fibrinólisis sistémica².

Los intensivistas tienen un papel fundamental en la atención al paciente neurocrítico, y en nuestra opinión deben participar en el manejo y la toma de decisiones sobre su tratamiento.

En la serie publicada por Viña-Soria et al. se incluye el seguimiento durante un año de 60 pacientes con ictus e indicación de TEV ingresados en la UCI entre 2012-2014 (29% del total de pacientes tratados según criterios vigentes), pacientes con mala situación neurológica y/o necesidad de tratamiento de soporte, a criterio del neurólogo. Esto *a priori* parece una limitación a la hora de trasladar estos resultados a la práctica clínica, al no reflejar un criterio de inclusión específico.

El manejo de esta enfermedad evoluciona muy rápidamente, con constantes actualizaciones de las guías de tratamiento, la más reciente en enero de 2018³. La indicación de TEV actual (hasta 24h desde el inicio de la clínica) es significativamente menos estricta que la reflejada en esta serie. Por otro lado la fibrinólisis debe ser administrada siempre que esté indicada y no suponga retraso para la realización del TEV, sin esperar a la respuesta clínica del paciente. Estudios recientes sugieren la bondad del tratamiento combinado, con mayor porcentaje de buen resultado funcional, menor tasa de complicaciones y mortalidad⁴. Referente a esto destaca una tasa baja de fibrinólisis en el estudio de Viña-Soria et al. con respecto a otros estudios publicados.

En nuestra unidad ingresan todos los pacientes con ictus subsidiarios de tratamiento de reperusión. En una serie analizada de diciembre 2016 a diciembre de 2017, ingresamos 206 pacientes: el 42% (86 pacientes) recibió fibrinólisis, el 23% (47 pacientes) terapia combinada y el 35% (73 pacientes) fue tratado solo con trombectomía. Al igual que en los resultados publicados por Viña-Soria los pacientes tratados con TEV experimentan una clara mejoría clínica y funcional, siendo en nuestra serie particularmente llamativa la mejoría funcional en el grupo de terapia combinada con respecto al de solo trombectomía, mRS ≤ 2 del 52% en el primero frente al 27% en el segundo, con menor mortalidad 4% frente al 15%, respectivamente. Estos resultados van en consonancia con los estudios anteriormente citados⁵.

En nuestra opinión los datos publicados son valiosos, máxime cuando además incluyen seguimiento al año, pero podrían ser de mayor utilidad si reflejaran los resultados globales de todos los pacientes tratados con TEV, así como si estos resultados cambian al compararlos con pacientes tratados según las nuevas recomendaciones. Sería interesante plantear un estudio multicéntrico para obtener tamaño muestral suficiente como para alcanzar conclusiones sobre el manejo y los resultados de ictus tratados con TEV.

Bibliografía

1. Viña Soria L, Martín Iglesias L, López Amor L, Astola Hidalgo I, Rodríguez García R, Forcelledo Espina L, et al. Results and functional outcomes of acute ischemic stroke patients who underwent mechanical thrombectomy admitted to intensive care unit [Article in English, Spanish]. *Med Intensiva.* 2018;42:274–82.
2. Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC, et al., American Heart Association Stroke Council. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2015;46(10):3020–35.
3. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al., American Heart Association Stroke Council. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2018;49(3):e46–e110.