

tube (Fig. 1C and D). It was obvious that the non-reinforced tip was easily deformed by a slight pressure and that the tube could be completely folded obstructing the air passage. Furthermore, the distal 4 cm piece of the gastric tube was dislodged during manipulation of the device. These cannot be considered just "cosmetic changes", as claimed by the new manufacturer (Teleflex, Limerick, Pennsylvania, USA).

To our surprise, this new device just appeared several weeks ago in the stocks of the surgical areas without any notification about this unexpected change from the company, the purchasing managers of our hospitals, or the local distributors that have been selling the LMA since its introduction in Spain. The website of LMA products was not up-dated by the time we wrote this letter. The only reference to the modification in the package is a "new cuff" label below the size number, the suppression of any mention to Dr. Brain and the color of the box (black instead of blue). Anecdotal comments among colleagues from different hospitals that have communicated several incidents have been the only source of information to date. The explanation offered by the company upon request was that "the design was modified to allow more efficient manufacturing".

It is not an uncommon practice to introduce modifications or improvements in marketed airway devices. We have seen, for instance, different versions of the Laryngeal Tube (VBM Medizintechnik GmbH, Sulz, Germany) or the Ambu Aura laryngeal mask (Ambu A/S, Ballerup, Denmark). All these new releases were officially presented and followed by studies comparing the new version to the previous one and to other similar devices available at the moment. To our knowledge, this is the first time that changes in the design and materials of a marketed LMA device have been introduced, and this has been done without a preceding announcement.

Furthermore, the distribution by simply replacing the original LMA Supreme version at the end of the stocks seems not the correct way to proceed and may lead to product withdrawal in some institutions. In public health hospitals, this kind of equipment is purchased after a competitive bid and one of the main arguments in favor of a particular device is the availability of published evidence on their clinical performance. To our knowledge, there is no evidence at all supporting the new cuff and new materials of the LMA Supreme.

Note from the committee

Representatives of the company whose article/material-farmaco is cited in the letter to the Director, declined to respond.

A.M. López^{a,*}, R. Valero^a, S. López^b, M. Zaballos^c, M.L. García^d

^a Servicio de Anestesiología, Hospital Clínic Barcelona, Spain

^b Servicio de Anestesiología, Hospital Abente y Lago, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Spain

^c Servicio de Anestesiología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain

^d Servicio de Anestesiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: analopez@clinic.ub.es (A.M. López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2013.06.017>

Congreso de la Sociedad Europea de Anestesiología (European Society of Anaesthesiology). Referencia de la participación de los anestesiólogos españoles y de las conclusiones más importantes del congreso

European Society of Anaesthesiology Congress. The participation of the Spanish anaesthesiologists and the most important conclusions of the congress

Sr. Director:

Con motivo del reciente European Anaesthesiology Congress, Euroanaesthesia 2013, que ha tenido lugar en Barcelona el pasado mes de junio, me gustaría transmitir el balance de la participación de los anestesiólogos españoles en el mismo, así como hacer una breve referencia a algún aspecto de interés que se trató en el congreso y durante la Asamblea General.

Este es el congreso con más número de profesionales inscritos en los últimos 8 años. Del total de 7.925 inscritos,

338 eran españoles. Es con mucho el Euroanaesthesia Meeting con más afluencia, seguido del Euroanaesthesia Meeting 2005, que también tuvo lugar en España, en este caso en Madrid.

Cada año, la presencia de anestesiólogos de nuestro país, tanto en la European Society of Anaesthesiology (ESA, «Sociedad Europea de Anestesiología») como en el European Anaesthesiology Congress, se va incrementando, lo que refleja una creciente preocupación por el desarrollo de nuestra especialidad en España dentro del marco europeo. Actualmente contamos con la presencia de especialistas españoles en 8 comités de la ESA.

Como ponentes en el Euroanaesthesia 2013 participando en talleres, cursos de actualización, sesiones o en la dirección de sesiones de póster contamos con 27 anestesiólogos españoles que participaron en 39 sesiones diferentes, frente a los 14 que estuvieron presentes en el Euroanaesthesia 2010. Respecto al total de pósters presentados (901), el 14% (129) fueron enviados desde hospitales o centros de investigación de España. El Dr. Brogly, del Hospital Universitario La Paz, y la Dra. Benito, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, ambos en Madrid, participaron en la ronda de Best Abstract con la presentación de sus investigaciones *Use of CUSUM learning curves to evaluate how residents of anaesthesia learn ultrasound guided femoral*

perinervous blocks for postoperative pain after total knee replacement y Which lung suffers more during pulmonary resection surgery? The dependent or the non-dependent lung?, respectivamente.

Sesenta y tres hospitales españoles han participado en alguno de los 7 estudios clínicos promovidos por la ESA en el marco del Clinical Trial Network. Varios de ellos ya han concluido las primeras fases. En el caso del estudio European Surgical Outcomes Study, Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study, ya ha sido publicado recientemente en la revista médica *Lancet*.

Cada año más anestesiólogos en toda Europa realizan el European Diploma in Anaesthesia and Intensive Care (EDA, «Diploma Europeo de Anestesia y Cuidados Intensivos»). Varios países europeos están adoptando el EDA, como obligatorio o como equivalente al examen propio de cada país, para obtener el título de especialista en Anestesiología. La participación de españoles en la obtención del EDA es cada vez mayor, este año el número de candidatos ha superado los esperados respecto a años previos. Desde 2005 el número de diplomados españoles es de 222. Actualmente existe la posibilidad de hacer el EDA Part I en Madrid, Barcelona, Valencia y Pamplona, y el Part II en Madrid y Barcelona, y en un futuro próximo en Valencia.

Durante la ceremonia de apertura el Profesor Kochs, presidente de la ESA, anunció una nueva iniciativa para la seguridad del paciente en la práctica clínica en Europa. La European Patient Safety Foundation tiene como objetivo cubrir todos los aspectos de la seguridad del paciente.

La ESA actualmente tiene como prioridad la promoción y el cuidado de la seguridad del paciente. Las iniciativas que se han llevado a cabo a este respecto hasta la fecha son la Helsinki Declaration on Safety in Anaesthesiology (2010) y el nuevo Patient Safety Starter Kit, que incluye una serie de herramientas para todos los servicios de Anestesiología para ayudar a mejorar sus sistemas de seguridad. (www.eupsf.eu).

Ha sido un honor y una suerte haber podido colaborar en el proyecto de este congreso, que ha resultado con tanto éxito no solo por la gran acogida que nos dio la ciudad de Barcelona, sino también por la gran participación de anestesiólogos españoles que han hecho, con su presencia, de grandes anfitriones.

Aprovecho también estas letras para animar a todos los miembros de la ESA a participar en los diferentes comités y de todas las actividades tanto educativas como de investigación que nos ofrece la ESA. Así mismo os invito a todos aquellos que estéis interesados a presentar vuestra candidatura para formar parte del Council de la ESA en las próximas elecciones, que tendrán lugar en los meses venideros.

M.J. Yepes-Temiño

Departamento de Anestesia, Reanimación y Cuidados Intensivos, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Correo electrónico: mjyepes@unav.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2013.07.003>

Comentarios al artículo

«Videolaringoscopio Pentax-AWS®, una alternativa a la intubación con fibrobroncoscopio en el paciente despierto con vía aérea difícil prevista»

Comments to article «Video laryngoscope Pentax-AWS®, an alternative to intubation with fiber bronchoscope in awake patient with foreseen difficult airway»

Sr. Director:

Hemos leído con interés el escrito del Dr. Vilà Barriuso et al.¹, recientemente publicado en esta revista, que hace referencia al uso del laringoscopio óptico Pentax en un paciente despierto con vía aérea difícil prevista tras fracaso de fibrobroncoscopio. Quisiéramos añadir unas apreciaciones.

En primer lugar, los autores aseveran que «los laringoscopios ópticos indirectos o videolaringoscopios aún no están introducidos dentro del algoritmo de la VAD», sin embargo la guía de la ASA publicada en el 2013 para el manejo de la vía aérea difícil propone un algoritmo que incluye estos

dispositivos². Con respecto a su uso en el paciente despierto con vía aérea difícil prevista la evidencia es escasa. De igual forma los videolaringoscopios y laringoscopios ópticos también se incluyen en algoritmos de vía aérea difícil pediátrica³.

En segundo lugar los autores han empleado lidocaína al 2% nebulizada y líquida para hacer gárgaras. Esta técnica es fácil de administrar, segura, no invasiva y confortable para el paciente. Sin embargo a veces es insuficiente⁴, como parece en el caso presentado, dada la escasa tolerancia inicial al proceso. La intubación con el paciente despierto es la técnica de elección en el manejo de la vía aérea difícil¹. Es necesario recordar que para su realización se requieren 2 requisitos; una pauta de sedación segura, manteniendo la ventilación espontánea y proporcionando una sedación consciente⁵, y una adecuada anestesia tópica que debe incluir la cavidad oral, la orofaringe, la laringe y la tráquea⁶. De no ser así, la laringoscopia y la intubación traqueal provocan respuestas reflejas de la vía aérea, como tos o laringoespasmo, así como una respuesta cardiovascular mediada por el sistema nervioso simpático que incluye arritmias, taquicardia o hipertensión, que pueden desencadenar secundariamente isquemia miocárdica, insuficiencia cardiaca o hemorragia cerebral⁷. Esto tiene especial relevancia en pacientes que presentan comorbilidad, como es el caso de aquellos sometidos a intervenciones por procesos oncológicos. Si bien los pacientes toleran mejor la inserción del Pentax-AWS debido a que produce menor estimulación de las estructuras orofaringolárgicas al no requerir la