

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 «Videolaringoscopia 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 laringoscopia óptica 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 laringoespasma, así como una respuesta cardiovascular mediada por el sistema nervioso simpático que incluye arritmias, taquicardia o hipertensión, que pueden desencadenar secundariamente isquemia miocárdica, insuficiencia cardíaca 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 orofaringolaringeas al no requerir la

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2012.11.016>

alineación de los ejes para la visualización de la glotis, la anestesia tópica laríngea, infraglotica y traqueal debe ser completa para que la intubación traqueal sea exitosa y para garantizar la confortabilidad del paciente. De ser insuficiente existen alternativas para realizar una anestesia tópica efectiva en el paciente despierto e intubaciones con laringoscopios ópticos y videolaringoscopios, con visualización directa a través de su visor. Una opción consiste en el uso simultáneo de fibrobroncoscopio siguiendo la técnica *as you go*⁸, de forma directa, a través de su canal de succión o a través de un catéter epidural introducido a su través que aplica el anestésico local en la vía aérea de forma más precisa y dirigida, disminuyendo así la dosis total necesaria. Otra posibilidad es el uso de un atomizador laringotraqueal como el MADgic (Wolfe Tory Medical Inc., Salt Lake City, UT, EE. UU.)⁹, método que empleamos en nuestra institución, cuyo extremo distal curvo introducido a través del canal guía del Pentax-AWS es dirigido secuencialmente hacia estructuras supra e infragloticas para aplicar anestesia local bajo el campo visual proporcionado por el visor del dispositivo. Su empleo tiene múltiples ventajas que lo convierten en un adyuvante útil del Pentax-AWS para intubaciones con el paciente despierto. Su aplicador es adaptable a la forma del Pentax-AWS, así como a las individualidades anatómicas de cada paciente; su uso es sencillo y es bien tolerado; es una técnica no invasiva, no suponiendo riesgo de trauma en la vía aérea y proporciona una anestesia tópica excelente. Es importante recordar en ambos casos que aunque la lidocaína aplicada en la mucosa respiratoria empieza a producir anestesia tópica en aproximadamente 1 min, el tiempo ideal para alcanzar la penetración adecuada y así el efecto máximo es de 3-5 min. Asimismo ambas alternativas se pueden combinar para garantizar una mayor efectividad.

Bibliografía

1. Vilà Barriuso E, Chavero Estelrich E, Arroyo Pérez R, Salazar Silva Y. Videolaringoscopia Pentax-AWS®, una alternativa a la intubación con fibrobroncoscopio en el paciente despierto con vía aérea difícil prevista. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2013;60:477-8.
2. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, Blitt CD, Connis RT, Nickinovich DG, et al. Practice guidelines for management of the difficult airway: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2013;118:251-70.
3. Weiss M, Engelhardt T. Proposal for the management of the unexpected difficult pediatric airway. *Paediatr Anaesth*. 2010;20:454-64.
4. Moore AR, Schrickler T, Court O. Awake videolaryngoscopy-assisted tracheal intubation of the morbidly obese. *Anaesthesia*. 2012;67:232-5.
5. Machata AM, Gonano C, Holzer A, Andel D, Spiss CK, Zimpfer M, et al. Awake nasotracheal fiberoptic intubation: Patient comfort, intubating conditions, and hemodynamic stability during conscious sedation with remifentanyl. *Anesth Analg*. 2003;97:904-8.
6. Simmons ST, Schleich AR. Airway regional anesthesia for awake fiberoptic intubation. *Reg Anesth Pain Med*. 2002;27:180-92.
7. Takita K, Morimoto Y, Kemmotsu O. Tracheal lidocaine attenuates the cardiovascular response to endotracheal intubation. *Can J Anesth*. 2001;48:732-6.
8. Williams KA, Barker GL, Harwood RJ, Woodall NM. Combined nebulization and spray-as-you-go topical local anaesthesia of the airway. *Br J Anaesth*. 2005;95:549-53.
9. Xue FS, He N, Liu JH, Liao X, Xu XZ. Airway topical anesthesia using the airtraq laryngoscope in patients with difficult airways. *Can J Anesth*. 2009;56:777-8.

M.Á. Gómez-Ríos* y D. Gómez-Ríos

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: magoris@hotmail.com

(M.Á. Gómez-Ríos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2013.08.010>

Carta de réplica al artículo: «Videolaringoscopia Pentax-AWS®, una alternativa a la intubación con fibrobroncoscopio en el paciente despierto con vía aérea difícil prevista»

Reply to the letter on the article «PENTAX-AWS® video laryngoscope, an alternative to intubation with fibrobronchoscopy in the awake patient with known difficult airway»

Sr. Director:

Hemos leído con especial interés las apreciaciones de nuestros compañeros Gómez-Ríos et al., y queríamos comentar

algunas valoraciones realizadas. En referencia a la inclusión del videolaringoscopia en el algoritmo de la vía aérea difícil (VAD) en nuestro artículo se menciona que los laringoscopios ópticos indirectos o videolaringoscopios aún no estaban introducidos dentro del algoritmo de la VAD. Esto era así en el momento en que la Carta al Director fue aceptada para publicación. Lamentablemente, los retrasos en la publicación han traído consigo un cambio en la guía de la ASA para el manejo de la vía aérea difícil publicada en el 2013, en la que propone un algoritmo que incluye estos dispositivos¹. Sin embargo, ninguna sociedad europea se ha manifestado para introducir los laringoscopios ópticos o videolaringoscopios en el algoritmo de VAD.

El interés de presentar nuestro artículo fue el de introducir una alternativa segura y eficaz a la intubación con fibrobroncoscopio con el paciente despierto que era hasta el momento la técnica de elección en el manejo de la VAD. Una adecuada pauta de sedación y anestesia tópica es imprescindible para llevar a cabo con éxito esta técnica. Sin embargo, llama la atención que con la misma sedación

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2013.08.010>