

## Eficiencia del desempeño de la máscara laríngea Air-Q

### Effectiveness in performance for Air-Q laryngeal mask

Maribel A. Castañeda Morales, Idoris Cordero Escobar, Isabel Mora Díaz

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** En la actualidad uno de los retos más importantes de la anestesiología es mantener un intercambio gaseoso adecuado en los pacientes en cualquier circunstancia, lo cual requiere un ejercicio constante y estricto sobre la vía respiratoria.

**Objetivo:** Evaluar las particularidades de la máscara laríngea Air-Q para acceder a la vía respiratoria en pacientes con anestesia general balanceada en procedimientos quirúrgicos de mama.

**Métodos:** Estudio comparativo, aleatorizado, realizado en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", en el período comprendido entre diciembre de 2014 y diciembre de 2016.

**Resultados:** Se estudiaron 150 pacientes, distribuidos en 75 por grupo. La media de edad estuvo representada con mayor frecuencia en el grupo de 50 a 59 años. El peso promedio para la máscara laríngea clásica 66,1 y la Air-Q 64,3 Kg. La clasificación ASA II-III fue más representativo en ambos grupos. Ambas máscaras se colocaron en el primer intento en 95,1 % y 85,3 %, respectivamente. El tiempo de inserción fue de 342,7 s en la LMA y 29,1 s en la Air-Q. No hubo modificaciones significativas de las variables hemodinámicas ni respiratorias en ambos grupos.

**Conclusiones:** Se corroboró la eficacia de la máscara laríngea Air-Q. El tiempo de inserción de la Air-Q, así como el número de intentos con escasa diferencia entre grupos. Los cambios respiratorios y hemodinámicos secundarios a la inserción de las máscaras fueron escasos. Las complicaciones en el posoperatorio inmediato fueron pocas y de leve gravedad con menor incidencia en el grupo Air-Q donde predominó la disfonía. El tiempo quirúrgico fue 4 min más rápido en el grupo Air-Q que con la LMA clásica.

**Palabras clave:** máscara laríngea; Air-Q; complicaciones.

## ABSTRACT

**Introduction:** Currently, one of the most fundamental challenges of anesthesiology is to maintain an adequate gas exchange in patients under any circumstances, which requires constant and strict performance over the airway.

**Objective:** To evaluate the characteristics of the Air-Q laryngeal mask for accessing the airway in patients with balanced general anesthesia in breast surgical procedures.

**Methods:** A randomized, comparative study was carried out at Hermanos Ameijeiras Clinical-Surgical Hospital, in the period from December 2014 to December 2016.

**Results:** 150 patients were studied, divided into two groups of 75 patients each. The average age was represented more frequently in the group 50-59 years. The average weight for the classic laryngeal mask was 66.1 kg and the Air-Q, 64.3 kg. The ASA II-III classification was more representative in both groups. Both masks were placed on the first attempt at 95.1% and 85.3%, respectively. The insertion time was 342.7 sec in the laryngeal mask and 29.1 sec in the Air-Q. There were no significant changes in the hemodynamic or respiratory variables in both groups.

**Conclusions:** We corroborated the effectiveness of the Air-Q laryngeal mask, the time of insertion of the Air-Q, as well as the number of attempts, with little difference between groups. The respiratory and hemodynamic changes secondary to the insertion of the masks were minimal. The complications in the immediate postoperative period were few and of little seriousness, with less incidence in the Air-Q group, where dysphonia predominated. The surgical time was four minutes faster in the Air-Q group than with the classic laryngeal mask.

**Keywords:** laryngeal mask; Air-Q; complications.

---

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad uno de los retos más importante de la anestesiología es mantener un intercambio gaseoso adecuado en los pacientes en cualquier circunstancia, lo cual requiere un ejercicio constante y estricto sobre la vía respiratoria.

El estudio y conocimiento, tanto del abordaje como del mantenimiento de la vía respiratoria, han evolucionado continuamente en un intento de mejora permanente; sin embargo, por motivos de salud y responsabilidad médica, es un tema de acuciante actualidad.<sup>1</sup>

Durante las últimas décadas se han identificado los eventos adversos de tipo respiratorio como la mayor causa de perjuicios para los pacientes durante la práctica anestésica. Así lo confirmó el comité de responsabilidad profesional de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), quien realizó un análisis: "*A Closed Claims Analysis*" sobre resultados anestésicos adversos, cuyos datos se obtuvieron de los archivos de las reclamaciones de las compañías americanas de seguros médicos más importantes.<sup>2</sup> Esta base de datos contempló 179 reclamaciones recogidas entre 1985 y 1999 entre las cuales los problemas respiratorios (la ventilación inadecuada, la intubación esofágica y la dificultad en la intubación traqueal) constituyeron la mayor fuente de responsabilidad médica.<sup>2</sup>

---

Desde la década del sesenta del siglo XX hasta la actualidad se han diseñado y comercializado múltiples dispositivos de la vía respiratoria enfocados a resolver las distintas situaciones clínicas en la práctica clínica diaria. La mascarilla laríngea (ML), en sus diferentes modalidades, ha significado una auténtica innovación en el abordaje de la vía respiratoria en el paciente ambulatorio y representa el "gold standard" de los dispositivos supraglóticos.<sup>3,4</sup>

Los dispositivos supraglóticos son cada vez más utilizados para asegurar la vía respiratoria, tanto en anestesia como en medicina crítica. En los últimos años se han introducido en el mercado una gran variedad de dispositivos supraglóticos e incluso aumentaron los de uso desechable.<sup>5-7</sup> Otros se modificaron, como la máscara laríngea convencional introducida por *Brain* en la década de los 80 para evitar la broncoaspiración (máscara laríngea proseal) y facilitar su acceso con el Fashtrack como alternativa para su abordaje. Aparecieron otras que como la SLIPA, la Cobra, la Soft Seal Laryngeal Mask y el I-gel.<sup>8-11</sup>

El AIR-Q es un novedoso dispositivo supraglótico con diseño innovador y su forma de utilización es muy similar a la máscara laríngea clásica que se puede utilizar en la vía respiratoria normal y difícil en adultos y niños.<sup>12</sup>

Existen diferentes tamaños de AIR-Q que van desde la 4,5 para adultos entre 70 y 100 kg de peso. La 3,5 para adultos entre 50 y 70 kg. La 2,5 se puede utilizar en adolescentes y adultos de constitución física pequeña y la 1,5 para uso pediátrico. Su correspondencia con el tubo endotraqueal es 8,5, 7,5, 6,5 y 5,5, respectivamente.<sup>13-16</sup>

Las contraindicaciones que se señalan para su uso se limitan a pacientes con alto riesgo de regurgitación o aspiración, con retardo en el vaciamiento gástrico y aquellos que padecen reflujo esofágico. Igualmente ocurre en determinados procedimientos quirúrgicos fundamentalmente de cirugía torácica o abdominal de gran magnitud. Pacientes con estado nauseoso frecuentes. En obesos mórbidos y en embarazada de más de 14 semanas.<sup>17-21</sup>

La cánula supraglótica Air-Q se suministra en un envase estéril con conectores de colores que facilita una rápida y fácil identificación. Este empaquetado protege a la cánula durante el transporte y garantiza la conservación de su exclusiva forma anatómica. Esta existe no solo para adultos sino también para pacientes pediátricos.

Por tanto, constituye el objetivo de este artículo evaluar las particularidades de la máscara laríngea Air-Q para acceder a la vía respiratoria en pacientes con anestesia general balanceada en procedimientos quirúrgicos de mamas.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo, aleatorizado. Se trabajó en el abordaje de la vía respiratoria en pacientes con anestesia general balanceada en procedimientos quirúrgicos oncológicos de mama. El estudio se realizó en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", en el período comprendido entre agosto de 2013 y agosto de 2016.

Se investigaron 150 pacientes sujetos a procedimientos quirúrgicos oncológicos de mama con anestesia general balanceada, en quienes el abordaje de la vía respiratoria se realizó con una u otra de las máscaras laríngeas. Estas personas se escogieron tras aplicar los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Tener una edad comprendida entre 20 y 50 años.
- Clasificar con estado físico I-II de acuerdo con los criterios de la ASA.
- Estar ingresado para cirugía oncológica de mama que implique anestesia general.
- Contar con el consentimiento informado por escrito del paciente.

Criterios de exclusión:

- Estómago lleno o historia de reflujo gastroesofágico.
- Ser portador de afecciones quirúrgicas de la laringe, la tráquea o tiroides.

Criterios de salida:

- No mantener una adecuada ventilación y hematosis intraoperatoria con el uso de una u otra de las máscaras aludidas y ser necesaria la intubación orotraqueal.

La muestra se conformó por los pacientes que cumplieron con los criterios de selección en el período comprendido entre enero de 2013 y enero de 2016.

A medida que los pacientes rebasaron los filtros de inclusión y exclusión fueron asignados de forma aleatoria a dos grupos mediante una tabla de números aleatorias, creada para tal fin. Grupo estudio: pacientes a recibir anestesia con la máscara laríngea Air-Q o al Grupo control: pacientes a ser anestesiados con la Máscara laríngea clásica (LMA).

A todos los pacientes que cumplieron que los requisitos para ser incluido en el estudio se les explicó la investigación planificada para la comparación de los dos dispositivos supraglóticos, destacándose su importancia, así como sus ventajas y desventajas. También se aclaró el hecho que, de no querer participar en el proyecto, ello no afectaría su tratamiento ni la relación médico-paciente. De estar de acuerdo en participar en el estudio, se le solicitó su firma en el modelo de consentimiento informado.

En el preoperatorio se les canalizó una vena periférica con trocar 16 o 18G; después se medicaron con midazolam 0,04 mg/kg y 0,01 mg/kg de sulfato de atropina por vía endovenosa, 30 min antes de ser trasladados al quirófano.

Se efectuó la monitorización no invasiva de la tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), el trazado electrocardiográfico (ECG) y oximetría de pulso y CO<sub>2</sub> (etCO<sub>2</sub>) espirado con un monitor Nihon Kohden BSM 2303K.

La inducción se realizó en todas las pacientes de forma endovenosa mediante la administración de 1 mg/kg de lidocaína al 1 %, 5 µg/kg de citrato de fentanilo, 0,08 mg/kg de bromuro de vecuronio y 2 mg/kg de propofol.

Todos los pacientes se ventilaron mediante máscara facial, con una fracción inspirada de O<sub>2</sub> FiO<sub>2</sub>=1. Al grupo estudio se le realizó abordaje de la vía respiratoria con máscara laríngea Air-Q y al grupo control la LMA por el método de inserción digital. Después de la posición correcta, se procedió a fijar dichos dispositivos.

La ventilación mecánica se realizó por medio de un ventilador Primus en la modalidad volumen control, con un volumen corriente de 7 mL/kg y una frecuencia respiratoria (FR) de 12 por minuto. Se administró un flujo constante de 1 L por minuto. La FiO<sub>2</sub> se fijará en 0,4 mediante la mezcla O<sub>2</sub> y N<sub>2</sub>O. La capnografía y capnometría se monitorizó con el referido monitor. Posteriormente, se colocó una sonda aspiración a través del canal gástrico de los dispositivos supraglóticos, previa lubricación de estos.

El mantenimiento de la anestesia se logró mediante técnica balanceada, con los siguientes medicamentos: Isoflurano al 1 % en una mezcla de oxígeno y N<sub>2</sub>O, citrato de fentanilo a dosis de 3 µg/kg en respuesta a la estimulación quirúrgica.

La analgesia se administró por vía parenteral en ambos grupos con: dipirona 30 mg/kg EV, diclofenaco 1 mg/kg IM y tramadol 1 mg/kg EV. Además, se administró un antiemético: ondansetrón 4 mg EV.

Dentro del quirófano se monitorizaron las siguientes variables:

Tiempo de inserción.

Número de intentos.

Frecuencia cardiaca (FC).

Saturación de oxígeno medida por pulsioximetría.

Tensión arterial media (TAM) mediante métodos no invasivos.

Capnografía y capnometría.

Presencia de complicaciones: laringoespasma, broncoespasmo, signos de broncoaspiración.

Una vez finalizada la operación se procedió a despertar al paciente siempre que cumpliera con las indicaciones para este fin, y se extrajo el dispositivo utilizado. Se trasladó la paciente para la sala de cuidados posoperatorio, donde se evaluó la presencia de disfonía, disfagia u odinofagia a la llegada y a las 8 h en la sala de hospitalización.

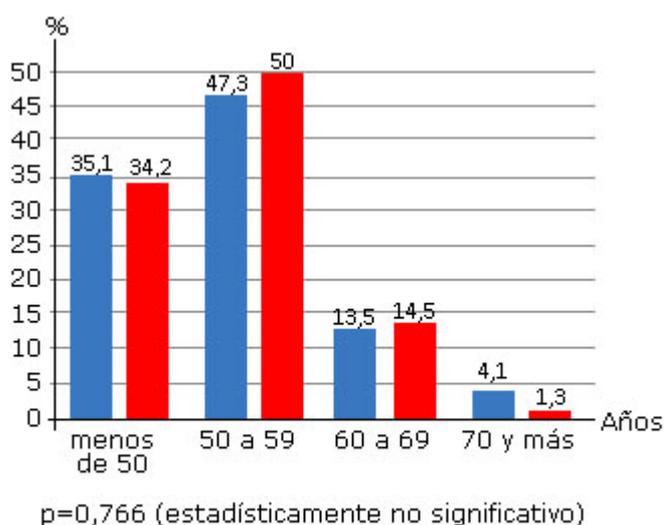
Para el procesamiento de la información se creó una base de datos automatizada con la hoja de cálculo electrónica Excel 2003. Los datos primarios se procesaron con los programas informáticos STATISTICA 6.1, InStat 3.1, y Med Calc 4.2.

Las variables cualitativas y la edad se llevaron a escala ordinal y se describieron estadísticamente mediante cifras de frecuencia y porcentajes (frecuencias absolutas y relativas). La descripción estadística de las variables cuantitativas continuas se realizó con la media, la mediana, la desviación estándar (DE) y los valores mínimo y máximo. El estudio de la significación de las diferencias de medias de variables cuantitativas continuas se concretó con la Prueba t de *Student* para muestras independientes. La investigación de la asociación entre variables cualitativas se materializó con la prueba homónima sustentada en la distribución chi cuadrado (chi cuadrado de asociación o chi cuadrado de independencia), mientras que el análisis de la homogeneidad estadística de grupos con el test chi Cuadrado de Homogeneidad. En las tablas con dos filas y dos columnas de cifras de frecuencias. En lugar de la prueba chi cuadrado se utilizó el test de la probabilidad exacta de Fisher. En todas las pruebas estadísticas inferenciales se empleó el nivel de significación 0.05.

El protocolo de investigación fue discutido y aprobado por los profesores del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital y el Consejo Científico de la Institución. Se tuvieron en cuenta todos los aspectos de seguridad, así como los aspectos éticos que caracterizan toda investigación clínica. En todo momento, la investigación se condujo de acuerdo con las normas éticas imperantes en el Sistema Nacional de Salud. A cada paciente se le solicitó su consentimiento informado por escrito. La información se utilizó solamente con fines científicos y docentes.

## RESULTADOS

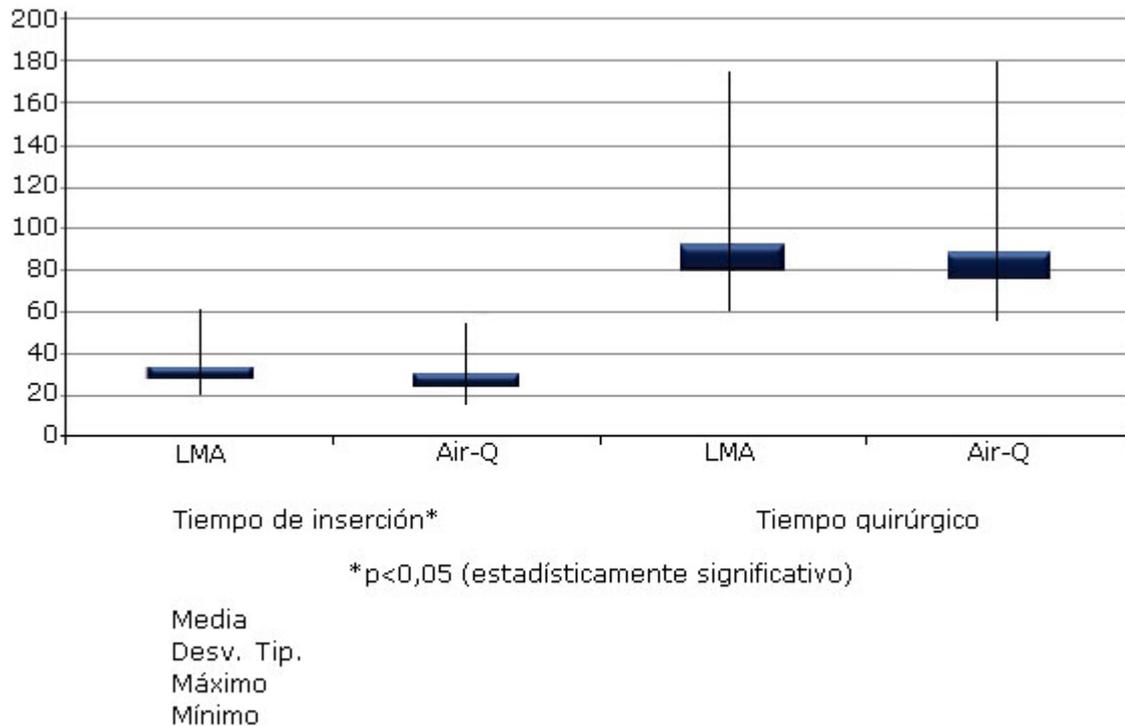
La media de edad estuvo representada con mayor frecuencia en el grupo de 50 a 59 años (Fig. 1).



**Fig. 1.** Distribución de los grupos de pacientes según grupo de edad.

El peso promedio para la máscara laríngea fue de 66,1 y el de la Air-Q de 64,3 kg sin que existieran diferencias significativas. La clasificación ASA I fue más representativo en ambos grupos. Ambas máscaras se colocaron en el primer intento en el 95,1 % y 85,3 % respectivamente. El tiempo de inserción fue de 342,7 seg en la LMA y 29,1 seg en la Air-Q. No hubo modificaciones significativas de las variables hemodinámicas ni respiratorias en ambos grupos.

En la [figura 2](#) se refleja el tiempo de inserción del dispositivo supraglótico de acuerdo con la distribución de los grupos.



**Fig. 2.** Tiempo de inserción del dispositivo supraglótico.

Las complicaciones fueron escasas. Con la MLA Air Q, no existieron complicaciones en el 93,4 %. Se presentó dolor de garganta en 1,3 %, disfonía en 3,9 % y disfagia 1,3 %. Las complicaciones con el uso de MLA fue 71,6 %. El dolor de garganta fue de 17,6 %, disfonía 9,5 % y disfagia 1,4 %

## DISCUSIÓN

Las complicaciones más frecuentes de la mascarilla Air-Q se sitúan en el grupo de la población pediátrica.<sup>21-26</sup>

*Jagannathan* y otros<sup>24</sup>, en 2009<sup>4</sup> compararon la mascarilla Air-Q y la mascarilla laríngea clásica (MLA Clásica) y concluyen que el uso de la Air-Q puede ser una buena alternativa a la MLC en niños con vía respiratoria difícil, especialmente si se usan tubos endotraqueales con balón.

El estudio de varios artículos<sup>25,26</sup> donde se comparan la mascarilla Air-Q y la máscara laríngea Fastrach comenta que el éxito de intubación a ciegas es mejor para la Fastrach, pero que esta presenta limitaciones con respecto a la máscara laríngea Air-Q, la rigidez del tubo de vía respiratoria la hace poco utilizable para intervenciones quirúrgicas prolongadas por lesión en la mucosa de la faringe posterior. Además, precisa de un tubo endotraqueal más específico y no tiene modelos pediátricos.<sup>25</sup>

*Fiadjoe* y otros<sup>26</sup> publicaron en 2011 un estudio comparando la mascarilla Air-Q con la Ambu Aura Once en neonatos con vía respiratoria difícil y describieron que presenta una cazoleta en la primera, más ancha y larga.

*Jagannathan* y otros<sup>27</sup> en 2011 realizaron un estudio prospectivo de la eficacia de la mascarilla Air-Qsp en niños, en la que obtuvieron resultados aceptables en niños y bebés tanto en ventilación espontánea como en ventilación mecánica, por lo que se expresa la necesidad de futuros estudios que comparen este dispositivo con otros dispositivos supraglóticos.

En 2012, nuevamente *Jagannathan* y otros<sup>28</sup> compararon la máscara laríngea Air-Qsp con la ML Unique en niños, y comentaron que ambos dispositivos proporcionaron una ventilación efectiva sin necesidad de manipulación de la vía respiratoria. La Air-Qsp es una alternativa al ML Unique y debería ser preferida desde el punto de vista clínico al ser un dispositivo que no requiere monitorización del manguito durante la anestesia.

Se corroboró la eficacia de la máscara laríngea Air-Q. El tiempo de inserción de la Air-Q así como el número de intentos con escasa diferencia entre los grupos. Los cambios respiratorios y hemodinámicos secundarios a la inserción de las máscaras fueron escasos. Las complicaciones en el posoperatorio inmediato fueron pocas y de leve gravedad con menor incidencia en el grupo Air-Q donde predominó la disfonía. El tiempo quirúrgico fue 4 min más rápido en el grupo Air-Q que con la LMA clásica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Covarrubias A, Martínez JL, Reynada JL. Actualidades en la vía aérea difícil. *Rev Mex Anest.* 2004; 27(4): 210-18.
2. Peterson GN, Domino KB, Caplan RA, Posner KL, Lee LA, Cheney FW. Management of the difficult airway: a closed claims analysis. *Anesthesiology.* 2005; 103(1): 33-9.
3. Jakobsson J. Anaesthesia for day surgery: A concept built on safety, efficacy and cost-effectiveness. *Curr Opin Anesthesiol.* 2006; 19(6): 591.
4. Miller DM. A proposed classification and scoring system for Supraglottic Sealing Airways: A brief review. *Anesth & Analg.* 2004; 99(5): 1553-9.
5. Lange M, Smul T, Zimmermann P, Kohlenberger R, Roewer N, Kehl F. The effectiveness and patient comfort of the novel Streamlined Pharynx Airway Liner (SLIPA). Compared with the Conventional Laryngeal Mask Airway in Ophthalmic Surgery. *Anesth & Analg.* 2007; 104(2): 431.
6. Gaitini L, Yanovski B, Somri M, Vaida S, Riad T, Alfery D. A Comparison between the PLA Cobra™ and the Laryngeal Mask Airway Unique™ during spontaneous ventilation: A Randomized prospective study. *Anesth & Analg.* 2007; 104(2): 431.
7. Akça O, Wadhwa A, Sengupta P, Durrani J, Hanni K, Wenke M, et al. The new perilaryngeal airway (CobraPLA) is as efficient as the laryngeal mask airway (LMA) but provides better airway sealing pressures. *Anesth & Analg.* 2004; 99(1): 272-8.
8. Lee JJ, Kim JA, Gwak MS, Kim MH. Evaluation of the Cobra perilaryngeal airway (CPLA) as an airway conduit. *Eur J Anesth.* 2007; 24(10): 852-5.
9. Szmuk P, Ezri T, Narwani A, Alfery DD. Use of CobraPLA as a conduit for fiberoptic intubation in a child with neck instability. *Pediatric Anesthesia.* 2006; 16(2): 217-18.

10. Khan RM, Maroof M, Johri A, Ashraf M, Jain D. Cobra PLA can overcome LMA failure in patients with face and neck contractures. *Anesthesia*. 2006;62:213-222.
11. Szmuk P, Ezri T, Akça O, Alfery DD. Use of a new supraglottic airway device the CobraPLA in a difficult to intubate/difficult to ventilate scenario. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2005;49(3):421-23.
12. Barrios J, Krapienis Barrios L. Dispositivos supraglóticos. *Anest Analg Reanim*. 2010 [citado 21 mar 2013];23(1):30-45. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0255-81222010000100006&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0255-81222010000100006&lng=es)
13. Komasaawa N, Ueki R, Iwasaki Y, Tatara T, Tashiro C, Kaminoh Y. Use of the Air-Q laryngeal airway and tube exchanger in a case of difficult tracheal extubation after maxillectomy. *Masui* 2012;61(10):1125-7.
14. Shigeta E, Kariya N, Shii H, Miyagawa Y, Tatara T, Kaminoh Y, et al. Use of the air-Q intubating laryngeal airway for tracheal intubation in predicted difficult airway management in a pediatric patient. *Masui*. 2012;61(10):1077-9.
15. Ferrari F, Laviani R. The air-Q(®) intubating laryngeal airway for endotracheal intubation in children with difficult airway: our experience. *Paediatr Anaesth*. 2012;22(5):500.
16. Sinha R, Chandralekha, Ray BR. Evaluation of air-Q™ intubating laryngeal airway as a conduit for tracheal intubation in infants--a pilot study. *Paediatr Anaesth*. 2012;22(2):156-60.
17. Komasaawa N, Ueki R, Yamamoto N, Atagi K, Nishi S, Kaminoh Y, et al. Comparison of air-Q(®) and Soft Seal(®) laryngeal mask for airway management by novice doctors during infant chest compression: a manikin study. *Resuscitation*. 2012;83(3):365-8.
18. Joffe AM, Liew EC, Galgon RE, Viernes D, Treggiari MM. The second-generation air-Q intubating laryngeal mask for airway maintenance during anaesthesia in adults: a report of the first 70 uses. *Anesth Intensive Care*. 2011;39(1):40-5.
19. Erlacher W, Tiefenbrunner H, Kästenbauer T, Schwarz S, Fitzgerald RD. CobraPLUS and Cookgas air-Q versus Fastrach for blind endotracheal intubation: a randomised controlled trial. *Eur J Anaesthesiol*. 2011;28(3):181-6.
20. Jagannathan N, Wong DT. Successful tracheal intubation through an intubating laryngeal airway in pediatric patients with airway hemorrhage. *J Emerg Med*. 2011;41(4):369-73.
21. Parotto M, Micaglio M, Armellin G, Ori C. The new air-Q intubating laryngeal airway for tracheal intubation in children with anticipated difficult airway: comment. *Paediatr Anaesth*. 2009;19(10):1028-9.
22. Mariscal Flores M, Caro Cascante M, Vásquez Caicedo M, Cuesta Fernández R. Mascarilla Laríngea AIR-Q. 2013 [citado 6 oct 2016]. Disponible en: <http://anestesiario.org/2013/mascarilla-laringea-air-q/>

23. Timmermam A. Supraglottic airways in difficult airway management: sucesos, fallas, uso y abuso. *Anesthesia*. 2011;66(Supl 2):45-56.
24. Jagannathan N, Roth AG, Sohn LE, Pak TY, Amin S, Suresh S. The new air-Q intubating laryngeal airway for tracheal intubation in children with anticipated difficult airway: a case series. *Paediatric Anesth*. 2009;19(6):618-22.
25. Karim YM, Swanson DE. Comparison of blind tracheal intubation through the intubating laryngeal mask airway (LMA Fastrach) and the Air-Q. *Anesthesia*. 2011;66(3):185-90.
26. Fiadjoe J, Stricker P. The Air-Q in infant intubation. *Pediatr Anesth*. 2012;22(6):588-9.
27. Jagannathan N, Shon LE. Prospective evaluation of the self-pressurized Air-Q intubating laryngeal airway in children. *Pediatr Anaesth*. 2011;21(6):673-80.
28. Jagannathan N, Shon LE. A randomized crossover comparison between the Laryngeal Mask Airway-Unique and the Air-Q intubating laryngeal airway in children. *Pediatr Anesth*. 2012;22(2):161-7.

Recibido: 3 de diciembre de 2017.

Aprobado: 2 de enero de 2018.

*Maribel A. Castañeda Morales*. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba. Correo electrónico: [dramechitas@gmail.com](mailto:dramechitas@gmail.com)