

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>

y anestesia tópica el paciente no tolerase la intubación despierto con fibroscopio, y en cambio sí tolera la intubación a través del videolaringoscopia Pentax-AWS®. Probablemente esté en relación con una menor estimulación de las estructuras orofaringolaríngeas al no requerir la alineación de los ejes para la visualización de la glotis.

Agradecemos la recomendación de utilizar el atomizador laringotraqueal como el MADgic® (Wolfe Tory Medical Inc., Salt Lake City, UT, EE. UU.)², método con el que lamentablemente no contamos en nuestra institución.

Véase contenido relacionado en DOI:

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

Bibliografía

1. 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.

2. Xue FS, He N, Liu JH, Liao X, Xu XZ. Airway topical anesthesia using the airtraq laryngoscope in patients with difficult airways. *Can J Anaesth*. 2009;56:777–8.

E. Vilà Barriuso* y A. Salazar Silva

*Servicio de Anestesiología y Reanimación,
Parc de Salut Mar, Barcelona, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 35021evb@comb.cat (E. Vilà Barriuso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2013.09.018>

Tratamiento perioperatorio de una embarazada con belonefobia severa

Perioperative treatment of a pregnant woman with severe belonephobia

Sr. Director:

La belonefobia se define como la dolencia causada por un miedo extremo, incontrolable e irracional hacia los objetos punzocortantes, tales como agujas, cuchillos, navajas, etc., que puedan causar heridas con sangre. Se incluye como condición patológica dentro del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4.ª edición*. A menudo se asocia con otras 2 fobias: hemofobia (miedo a la sangre) y traumatofobia (miedo a las heridas). Es posible, además, que se relacione solo con el ámbito hospitalario, no siendo infrecuente la presencia de tatuajes o pendientes corporales (piercing) en pacientes con dicha fobia. Se estima una incidencia en torno al 3-10% de la población general, con una presentación clínica que puede variar desde un síncope vasovagal hasta la muerte (por ejemplo, por arritmias ventriculares). Suele modificar el estilo de vida del paciente, causando falta de atención médica, siendo un problema importante en los casos de embarazo, al no realizarse los controles establecidos. Es frecuente el antecedente de un episodio traumático relacionado con las agujas durante la infancia, ya sea al propio paciente o a un familiar cercano¹.

Presentamos el caso de una mujer de 31 años de edad, embarazada de 30 semanas de gestación, 80Kg y 170cm. No tenía alergias a medicamentos, era fumadora desde los 12 años de edad y lo había dejado al inicio del embarazo, padecía asma bronquial sin tratamiento actual, trastorno de ansiedad en tratamiento con lorazepam, y fobia grave a las agujas, recibiendo control y tratamiento de reestructuración cognitiva por un psicólogo, sin éxito. Era destacable la presencia de un tatuaje a nivel de la escápula derecha y el hecho de que trabajara como cocinera.

A las 8 semanas de gestación fue diagnosticada de condilomatosis vaginal, siendo citada en la consulta de ginecología para la extirpación del condiloma con electrocoagulación. Dicho procedimiento no fue posible debido a que la paciente sufrió una crisis de ansiedad al comienzo del mismo. El ginecólogo pautó tratamiento con cotrimazol y derivó a la paciente a la consulta de preanestesia ante la posibilidad de una cesárea por la no curación de los condilomas.

A las 30 semanas de gestación fue citada en la consulta de preanestesia. Tras presentar un episodio violento en la consulta que consistió en gritos e insultos al facultativo, así como amenazas de denuncia, al explicarle la necesidad de canalizarle una vía venosa y el requisito indispensable de tener una analítica de control, la preanestesia fue dada como *no apta para recibir anestesia*, a la espera de ser vista la paciente por un psiquiatra. Fue en esta consulta cuando la paciente fue diagnosticada de belonefobia (fobia a las agujas) en grado severo, reducido al ámbito hospitalario.

Ante la ausencia de control analítico durante el embarazo, se acordó con la paciente la extracción de una muestra de sangre para su posterior análisis, estando de 32 semanas de gestación. Tras firmar un consentimiento informado específico por su patología y los riesgos añadidos, se le realizó una sedación basada en una técnica inhalatoria (mantenimiento de la respiración espontánea bajo inhalación de sevoflurano con mascarilla facial, fracción de oxígeno inspirado 0,8 y concentración alveolar mínima en torno a 1), con control del volumen corriente y presión parcial de CO₂ final espirado, permitiendo así la canalización de una vía venosa con un catéter 18G en el dorso de la mano, despertando posteriormente sin incidencia. Las determinaciones analíticas mostraron cifras dentro de los límites de la normalidad.

Una vez considerada la paciente *apta para la administración de anestesia*, se decidió realizar una reunión conjunta por parte del Servicio de Anestesiología y Obstetricia, al tratarse de un caso de alto riesgo tanto para la