

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 orofaringolaríngicas 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

paciente como para el feto, y una vez decididas las distintas posibilidades, comunicárselas a aquella para tomar la última decisión.

Se decidió inducción del parto 10 días antes de la fecha prevista, descartando la cesárea como primera opción ante la desaparición de los condilomas con tratamiento médico. La paciente ingresó en ayunas de 12 h, habiendo recibido protección gástrica (ranitidina 150 mg/12 h). Antes de iniciar la inducción del trabajo de parto con oxitocina, fue llevada a quirófano para que, bajo sedación inhalatoria con sevoflurano (técnica similar a la descrita para la extracción de analíticas), pudieran canalizarse 2 vías periféricas y posteriormente colocar el catéter epidural para analgesia del trabajo de parto o método anestésico en caso de requerir cesárea urgente. La inserción del catéter epidural se llevó a cabo en decúbito lateral izquierdo, con pérdida de resistencia con aire, con dosis test, sin más incidencias. Dichas técnicas fueron realizadas sin complicaciones inmediatas, despertando a la paciente inmediatamente y trasladándola a la Unidad de Reanimación durante una hora.

Una vez iniciado el trabajo de parto, y con un grado de dilatación de 4 cm, se decidió comenzar con infusión epidural, previa administración de 7 ml de bupivacaína al 0,25% sin vasoconstrictor. Se utilizó una bomba de analgesia controlada por el paciente con ropivacaína al 0,2% con un ritmo de 7 ml/h, con bolos de 5 ml con cierre cada 30 min, desarrollándose el parto sin incidencias, logrando una calidad analgésica satisfactoria (escala visual analógica: 4 de media). El recién nacido presentó un valor en la escala de Apgar de 8 al minuto y de 10 a los 5 min.

En la literatura encontramos varios casos clínicos descritos al respecto, pacientes embarazadas con mayor o menor grado de fobia a las agujas, pero sin existir un consenso. En un artículo publicado recientemente, donde se realizó un estudio retrospectivo de 112 embarazadas con belonefobia en grados diversos, se muestra cómo la extracción de sangre para posterior analítica se realiza en una etapa más avanzada del embarazo, siendo la opción analgésica más extendida el uso del óxido nitroso², opción no disponible en nuestro hospital. En los casos menos severos se propone la impregnación con crema *eutectic mixture of local anesthetics* (EMLA) en ambos brazos³, e incluso en la zona de punción del catéter epidural, mientras que en los casos más severos, generalmente se realiza inducción inhalatoria con presión cricoidea⁴, permitiendo posteriormente la canalización de una vía venosa llevando

a cabo una anestesia general balanceada con intubación orotraqueal (IOT). En los casos en los que se lleva a cabo una anestesia general, se hace hincapié en la necesidad de presión cricoidea durante la inducción, ya que al tratarse de una mujer embarazada tiene mayor riesgo de regurgitación y posterior aspiración⁴, y se advierte la necesidad de 2 anestesiólogos en quirófano hasta la canalización de la vía periférica y la IOT. En nuestro caso, la paciente rechazó en todo momento estar despierta en el momento de las punciones, por lo que se desestimó la impregnación con EMLA.

Las pacientes que presenten esta alteración y que muestren el deseo de tener descendencia, antes de quedarse embarazadas deben recibir apoyo psicológico. En la mayoría de los casos suele haber un familiar en el que se apoya la paciente y con el que se siente más segura, por lo que sería recomendable permitirle estar durante el mayor tiempo posible a su lado, llegándose incluso a recomendar en algunos casos publicados su presencia durante la inducción. Y, lo que es fundamental, un plan de actuación consensuado entre el obstetra y el anestesiólogo.

Bibliografía

1. Searing K, Baukus M, Stark MA, Morin KH, Rudell B. Needle phobia during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35:592-8.
2. McAllister N, Elshewi M, Badr L, Russell IF, Lindow SW. Pregnancy outcomes in women with severe needle phobia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;162:149-52.
3. Henderson K, Fludder P. Epidural anaesthesia for caesarean section in a patient with severe Takayasu's disease. *Br J Anaesth*. 1999;83:956-9.
4. Simon GR, Wilkins CJ, Smith I. Sevoflurane induction for emergency caesarean section: Two case reports in women with needle phobia. *Int J Obstet Anesth*. 2002;11:296-300.

F. García Herrera*, R. Pernas Mera y F. Rodríguez Huertas

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital del Servicio Andaluz de Salud de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fatimagarciaherrera@msn.com
(F. García Herrera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2012.12.012>