



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

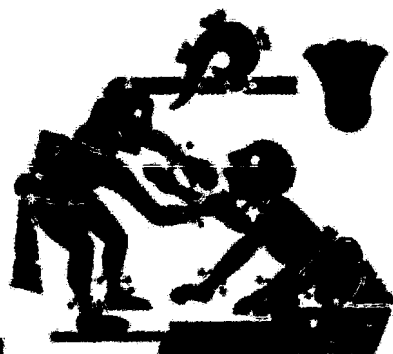
BREVE ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS
CON LA ANESTESIA EN EL CONSULTORIO

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

JOSE MANUEL GRACIA GOMEZ



México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE DE CAPITULOS

	PAGINA
INTRODUCCION.....	1
I PARTE	
COMPLICACION RESPIRATORIA	
Capítulo Primero: Depresión Respiratoria.....	4
a) Sobre Ventilación:.....	4
b) Reflejo Respiratorio:.....	5
Capítulo Segundo: Intubación en Comparación con Traqueostomía.....	7
II PARTE	
COMPLICACIONES CIRCULATORIAS	
Capítulo Primero: Alteraciones del Pulso.....	11
a) Taquicardias:.....	11
b) Bradicardias:.....	12
c) Arritmias:.....	13
Capítulo Segundo: Cambios en la Presión Circulatoria.....	14
a) Hipertensión:.....	14
b) Hipotensión:.....	16
c) Choques:.....	18
d) Choque Anafiláctico:.....	21

III PARTE

COMPLICACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO

Capítulo Primero: Daño Cerebro Central	24
Capítulo Segundo: Recuperación Prolongada	25
Capítulo Tercero: Temblores u Delirio	28

IV PARTE

COMPLICACIONES EN OTROS SISTEMAS

Capítulo Primero: Sistema Gastro Intestinal	29
Capítulo Segundo: Sistema Genito-Urinario	31
Capítulo Tercero: Complicaciones Metabólicas	32

V PARTE

COMPLICACIONES TÉCNICAS

Capítulo Primero: Complicaciones Mecánicas	34
Capítulo Segundo: Complicaciones Químicas	36
Capítulo Tercero: Equipos	37
Conclusiones	38
Bibliografía	39

INTRODUCCION

Los comentarios que a continuación describe en este trabajo relacionado con las complicaciones de la Anestesia en el Consultorio, están dedicados a la gran experiencia que evitar complicaciones y accidentes relacionados con la Anestesia en el Consultorio más importante que el aprendizaje de técnicas para la resucitación.

La seguridad para el paciente o la anestesiación para el ODONTÓLOGO; se basan en la costumbre del paciente, selección de la técnica, agentes anestésicos utilizados, manejo del curso de la anestesia y técnicas de resucitación que es necesaria, así como el buen uso de los medicamentos.

Cualquier agente o técnica anestésica que logra que el paciente pierda el conocimiento, tanto por sus reflejos de protección y coloque la responsabilidad de su recuperación en los que lo atienden, puede producir complicaciones graves, aunque se manejen correctamente en el momento de su tiempo.

Se sabe que, por ejemplo, la anestesia profunda, puede conducir a complicaciones graves como: asfixia (Por ejemplo: Hipoxia, asfixia por aspiración, hemorragias cerebrales).

La mayor parte de las complicaciones de la Anestesia - en el Consultorio las he dividido en el orden siguiente: Complicaciones Respiratorias, Cardíacas, Del Sistema Nervioso Central, Metabólicas, Gastrointestinales, Genitourinarias y Técnicas.

I P A R T E

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

Las complicaciones respiratorias son las más frecuentes y representan el problema primordial que conduce a complicaciones secundarias más graves e incluso a la muerte. El reconocimiento oportuno y el tratamiento preventivo evitan estas lesiones mayores.

CAPITULO PRIMERO

DEPRESION RESPIRATORIA

El colapso respiratorio continuado es un carácter normal, en otros aspectos puede ser el resultado de la depresión de los centros del S.N.C. o por causa de la "asclatofata" respiratoria.

A).- SINDROMATIZACION:

La "Apnea por Barostática" es la falta de enfriamiento respiratorio después de la administración de cualquier cantidad de oxígeno en un tubo suficiente para disminuir el centro respiratorio de la persona mediana del centro mediano. Este fenómeno es el resultado frecuente de la administración por vía endovenosa y puede ser de corta duración, desapareciendo por el efecto de la acción de la sangre que se contiene arterialmente. Así como a las personas que se les da el medicamento "50 mg." de Teofedrina por vía intravenosa para aliviar un ataque de asma, que surge por la falta de enfriamiento respiratorio, arterial.

En caso de que los sujetos experimentales se pongan a dormir por cansancio, pero apnea, que puede ser evitada cuando

se emplea el éter. Se debe sobre todo a que ocasiona vasodilatación periférica, depresión del miocardio y parálisis del sistema simpático.

En cantidades excesivas todos los anestésicos pueden causar hipotensión, algunos producen también este efecto aún antes de alcanzar la anestesia profunda.

B1.- REFLEJO RESPIRATORIO:

Los reflejos que cuidan la vía aérea y el sistema respiratorio, pueden ser provocados por reacciones patofisiológicas, material extraño en el espacio faríngeo como son:

Saliva
Sangre
Fragmentos de dientes
Vómitos
Fragmentos óseos

Estos cuerpos extraños pueden estimular la rama superior y recurrente del nervio vago, provocando aumento de las cuerdas vocales y cierre de las pliegues aritenoepiglóticas.

A esta contracción de la vía aérea se le llama laringospasmo y puede ser parcial o completa.

La prevención de este problema surge manteniendo libre la

vía aérea, utilizando agentes líquidos y quedá un plano de anestesia más profunda, el tratamiento incluye la aspiración de -- las secreciones y material extraño de la farofaringe, así como la aplicación de oxígeno bajo presión, por medio de una mascarilla nasal o bucal, también en caso de ser necesario utilizar relajantes musculares cuando sea indicado y la intubación endotraqueal cuando está indicado.

CAPÍTULO SIGUENTE

INTUBACION EN COMPARACION CON TRAQUEECTOMIA

La intubación, aunque pocas veces necesaria en la anestesia general de corta duración y en el consultorio, proporciona un método satisfactorio para conservar libre la vía aérea.

La Traqueostomía solo debe ser considerada si la intubación no puede realizarse en condiciones específicas.

A).- INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.

En condiciones ideales, la intubación proporciona el método más rápido y menos traumático para asegurar una vía aérea adecuada. Considerando el grado de hipoxia, la posición del paciente, la falta de habilidad del Otorinolaringólogo y equipo, la pérdida de tiempo para iniciar la técnica, una técnica sencilla es prácticamente imposible.

Para realizar la intervención por la vía bucal, se necesita equipo adecuado, así como medicamentos y, desde luego, los conocimientos necesarios.

EQUIPO:

Conductos de Aire
 Laringoscopio Funcional
 Tubos Endotraqueales
 Forceps de Mc Gill
 Oxígeno, Máquina de Anestesia

Adaptadores y medio para aplicar presión positiva al sistema. Medicamentos Relajantes como: Cloturo de Succinilcolina.

TECNICA:

Se coloca al paciente en el sillón, con la cabeza extendida y se coloca el laringoscopio hasta la zona hipofaringea hasta retirar la epiglotis para observar las cuerdas vocales, posteriormente se introduce el tubo por la boca y la laringofaringe hasta la tráquea, el tubo será ser fijado fuera de la boca con tela adhesiva, se coloca también en el conducto del aire para evitar moxer el tubo y permitir la succión, posteriormente el tubo se coloca a la máquina de anestesia.

El flujo del oxígeno deberá ser de 4 a 6 litros por minuto con una presión de 10-12 mm de Hg. y un volumen de 200-300 ml. deberá ser aplicado 15 a 20 veces por minuto en el paciente adulto.

La traqueotomía no está indicada más que cuando fracasa la intubación, y se recomienda la técnica rápida y sencilla de la Cricotirotomía.

11

Fig. 10. Mandrel of special design for use in the manufacture of...

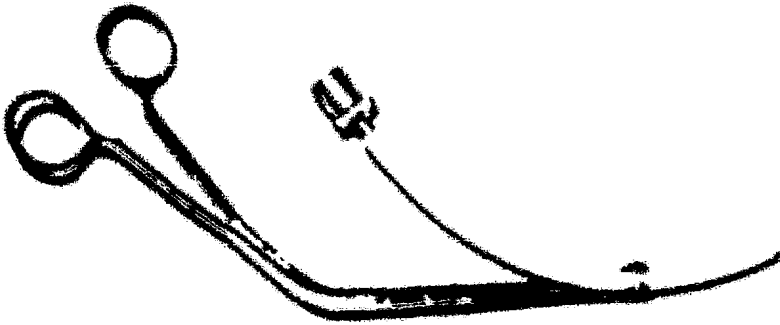




Fig. 25. Laringoscopia.
 Posición normal del laringoscopio en relación con la laringe. Se observan el tubo de laringoscopia por el lado de arriba de la boca, y el tubo de aspiración en la parte de abajo de la laringe.

Fig. 27. Posición normal de la cámara de laringoscopia en la laringe.

La inserción de una aguja calibre 12-13 grande en la tráquea establece una vía aérea de emergencia, pero puede permitir la aspiración de material extraño.

S E G U N D A P A R T E

COMPLICACIONES CIRCULATORIAS

Las complicaciones circulatorias pueden variar desde una excitación hasta un paro cardíaco, siendo las más frecuentes:

Alteraciones del pulso.

Cambios en la presión arterial.

Choque.

Es muy significativo que la hipoxia sea la causa principal de las complicaciones circulatorias, y que el resultado final de la falta de reconocimiento o tratamiento pueda ser el paro cardíaco.

CAPITULO PRIMERO

ALTERACIONES DEL PULSO

A).- TAQUICARDIA

Taquicardia significa frecuencia cardíaca rápida y suele denotar frecuencia ventricular. Sin embargo las Arritmias-Auriculares más rápidas pueden guardan relación con frecuencia ventricular rápida normal, incluso lenta, según el número de latidos auriculares que son conducidos a través del nudo aurículo ventricular.

La taquicardia puede ser su aparición antes o durante la intervención o no se presenta durante la intervención la causa puede ser:

hemorragia, Irritación del corazón, Anestesia Profunda, Acumulación de Anestésico Local, o una estimulación directa del corazón, en casos de aparición antes de la intervención esa puede ser ferida por:

Factores emocionales,
Deshidratación,
Temblores,
Inyecciones repetidas,
Falta de oxígeno,
Inyección de Adrenalina

B).- BRADICARDIA:

Bradycardia sinuosa "latido sinuoso lento", los caracteres electrocardiográficos permiten reconocer los tipos, fundándose en el mecanismo siguiente:

- 1.- Los que dependen de defectos en la conducción de los pulsos y la conducción en el nodo sinuauricular.
- 2.- Los que resultan de conducción defectuosa de los impulsos en el nodo sinuauricular.

También se puede presentar bradicardia como consecuencia anterior, antes o durante la colectomía. Cuando este estado durante la anestesia puede haber sido causado por una estimulación visceral, de la serosa o de las paredes de los intestinos. Y cuando se presenta antes de la anestesia, como que puede deberse que ésta puede constituirse por una irritación o como en una persona sana, además puede haber sido causado por el tratamiento previo con digital.

El término bradicardia indica una frecuencia menor de 60 pulsaciones por minuto, puede ser producida por la estimulación del nervio vago, estimulación del nervio simpático hipogástrico, síncope o síncope.

La estimulación del nervio simpático por el nervio anastomótico, al colocarse la mano sobre el abdomen la cabeza puede dar como resultado la estimulación del nervio

corazón, para evitar un pulso lento, debemos estar al tanto de todo lo anterior. Y si se presenta Bradicardia el efecto vagolítico de la atropina de 0.5 a 1.0 mg. por vía intramuscular o intravenosa, puede restablecer la frecuencia preparatoria del pulso.

El tratamiento de este es diverso, se requiere la compresión del paciente y el establecimiento de comunicación satisfactoria, evitar el dolor, cuidar la vía aérea y utilización correcta de los idiosomas.

ARRITMIAS

La Arritmia que se presenta bajo anestesia general -- con frecuencia es del tipo de contracción ventricular prematura. Este problema puede ser ocasionado por hipoxia, Drogas -- simpático miméticas sistémicas, y algunos agentes anestésicos como halotano, Isofloropano, Halometiloflurano y otros.

Es importante recordar que a la primera señal de Arritmia se deberá de suspender el anestésico y proporcionar oxígeno al paciente, y si el ritmo normal del paciente no es recuperado será necesario suspender la intervención quirúrgica, así como también será necesario un electrocardiograma y la consulta con un médico internista.

CAPITULO SIGUENTE

CAMBIOS EN LA PRESION CIRCULATORIA

La presión arterial, cambia muy rápidamente, y por diversos motivos. El que más a menudo, causa de espanto, es la agitación a la Parque de un paciente y tornarlo hipertensivo. Los reflejos Vaso-Vagales, pueden cambiar a este mismo paciente y hacerlos hipotensos mediante el choque psicofísico. Por lo tanto la comunicación preparatoria no solo ayuda a evaluar al paciente, sino también a conocer los parámetros reales como presión arterial, frecuencia del pulso y frecuencia respiratoria.

A) - HIPERTENSION

Hipertensión Significa una elevación de la presión arterial, o sea una elevación de la presión sistólica mayor a 160 mm de Hg. y una presión diastólica mayor de 100 mm de Hg.

La Hipertensión Patológica, al contrario de lo que sucede durante el aumento pasajero de la presión arterial, está una hipertensión por la elevación sostenida y apariciones repetidas de complicaciones cardíacas, cerebrales, renales y vasculares. En el cuadro siguiente IILRA "A" se señalan los métodos de prevención.

CUADRO A. - HIPERTENSIÓN

CAUSAS:	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
Aprensión y miedo acompañados de excitación durante la inducción.	Premedicación adecuada y selección de agentes adecuados para la inducción correcta: Psicotejista cuando está indicada.
Estímulos dolorosos	Plano adecuado; si anestesia antes de comenzar la cirugía; con dosis adecuadas al paciente a los estímulos al operar en el plano superficial de anestesia; utilizar agentes -- analgésicos potentes cuando está indicado, suplementados -- con analgesia regional (anestesia local).
Acumulación de Bóxido de Carbono.	Respiración adecuada para asegurar la eliminación eficaz del -- bóxido de carbono; evitar etapas profundas de la anestesia -- con depresión respiratoria; utilizar atencionalmente bóxido de carbono con una cámara cuando es el indicado.
Hipoxia	Elevación de la presión arterial es usual acompañada a la hipoxia la hipoxia no deberá ser tolerada en ningún momento; conservar libre la vía aérea y oxigenación adecuada.
Drogas	Mal uso de vasopresores y puede provocar hipertensión y deben -- usarse con precaución; pueden -- utilizarse nitrito de amilo o -- agentes simpaticolíticos para -- disminuir la presión si están -- específicamente indicados.

ción, tratamiento y causas de la hipertensión.

B).- HIPOTENSION

El término hipotensión se refiere a cualquier disminución de la presión arterial. Esto no es más que cuando una presión de 100 sobre 70 mm. de Hg. en un adulto.

La evaluación preoperatoria, que puede indicar si es una hipotensión primaria.

Hipotensión Primaria: puede ser una presión normal para un individuo, o hipotensión de urgencia que se relaciona con un síncope, infección, trauma, pérdida de endotelinas, deaminación, o hipotensión relativa que viene como una disminución del flujo sanguíneo arterial debido a una concentración de sangre en las extremidades inferiores.

En el cuadro siguiente en la pág. 27 se describe el tratamiento y prevención de algunas de las complicaciones de la P.A. durante la anestesia.

CUADRO B.- HIPOTENSIÓN

C A U S A S	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
Anestesia profunda	Mantener planas superficiales de anestesia.
Insuficiencia Suprarrenal	Obtener una buena historia preanestésica; los pacientes previosmente a base de esteroides deberán recibir dosis de mantención o mantenimiento; puede utilizarse Solu-Cortel por vía intravenosa cuando sea necesario.
Pérdida de Sangre	La pérdida de sangre deberá ser vigilada cuidadosamente y reemplazada cuando sea necesario; la cirugía vascular o extensa nunca deberá ser intentada, salvo que se tomen precauciones adecuadas.
Exceso de Bóxido de Carbono	Aunque el bóxido de carbono puede producir un aumento temprano de las presiones sistólica y diastólica, no es raro observar un período de hipotensión seguida seguida de hipertensión gradual; generalmente, la presión diastólica comienza a caer primero, seguida de una caída de la presión sistólica; los pasos enumerados en el cuadro I deberán seguirse para evitar la acumulación del bóxido de carbono.

C).- CHOQUE

El término choque indica insuficiencia circulatoria, - esta complicación no señala la causa ni indica ningún tratamiento específico, solo representa un aspecto clínico y el paciente se queja de: malestar general, debilidad, sed, otros - signos pueden ser: palidez, sudación, náuseas, respiraciones - superficiales, inquietud, incontinencia u pérdida de la conciencia en general.

El choque puede estar asociado con la circulación inadecuada producida por cualquiera de los factores siguientes:

- 1.- Incapacidad del corazón para impulsar sangre suficiente al miocardio, Anemia.
- 2.- Falta de llenado del corazón (Anomalias cardíacas).
- 3.- Obstrucción de las arterias principales (embolia pulmonar).
- 4.- Retorno venoso inadecuado al corazón (Hemorragia, pérdida del Plasma debido a permeabilidad capilar).
- 5.- Deshidratación por vómitos, diarreas y obstrucción intestinal.
- 6.- Acidosis metabólica.
- 7.- Enfermedad de Addison.
- 8.- Pérdida del tono vaso constricor (colapso circulatorio agudo).

9.- Choque neurogénico o de origen común o posibilidad de choque.

El choque no es frecuente en la anestesia para procedimientos dentales, debido al nivel superficial de anestesia requerido. Se sucede, generalmente se debe a hipotensión; la presión arterial por sí sola no es un indicador adecuado del choque.

Una presión de 172 mm. de Hg. sobre 110 mm. Hg., puede representar hipotensión grave en un paciente hipotensionado que normalmente tiene una presión de 242 mm de Hg. sobre 110 mm. de Hg.

Por lo tanto, la presión arterial es muy significativa en el choque, cuando cambia considerablemente desde su nivel preparatorio.

Las hemorragias en la cavidad bucal no plantea gran problema, salvo que el paciente sea hemofílico y lo desconozca. La anestesia profunda prolongada puede aumentar la permeabilidad capilar. Sin embargo, de los tres factores principales -- del choque hipotensivo, hemorragias e integridad capilar comprometida, la hipotensión representará el mayor peligro de la Anestesia en el Consultorio.

El tratamiento del choque deberá comenzar al primer indicio y consiste en la selección de la epinefrina o el dilator de --

los factores precipitantes. Para evitar el choque, se deberán tomar las siguientes medidas:

Disminuir la concentración de Anestésicos de inmediato.
Mantener la vía aérea permeable anatómicamente o mecánicamente.

Administrar oxígeno.

Colocar al paciente en la posición supina o en posición de Trendelenburg.

Suspender la intervención quirúrgica.

Controlar el sangrado, disminuir la permeabilidad de los tejidos.

Administrar drogas, tales como Vasopresores (Adrenalina, Vasoxy, Amiofelina, Clonidina, Fenilfrina), a dosis bajas, se consultará a un médico anestesista, es más, en el caso de shock profundo que la suspensión de la anestesia y administración de oxígeno, debe ser en la medida de lo posible el primer procedimiento.

La posición del paciente puede ser de utilidad para dirigir la sangre a la circulación, pero no así la pérdida de la sangre perdida que no se recupera en el momento del sangrado total.

Para controlar la hemorragia, es preferible trasladar al paciente a un hospital.

El resultado final del choque es la pérdida de vida de las complicaciones más graves, como Anestesia o Fato cardíaco.

D).- CHOQUE ANAFILACTICO.

Este se considera una reacción grave (frecuentemente mortal) que se presenta en una persona previamente sensibilizada, mediante la inyección de una sustancia determinada, esta sustancia puede ser una droga (Penicilina) o sustancias extrañas (Sero Equino). Se presenta muy rápidamente y la muerte puede ocurrir en cuestión de minutos.

Esta relacionada con la liberación masiva de sustancia H., la reacción anafiláctica puede ocurrir días después de la inyección de suero, penicilina u prácticamente de cualquier agente medicamentoso o de diagnóstico que se haya administrado repentinamente.

Los síntomas de la Anafilaxia incluye: Aprensión, Parálisis, urticaria generalizada o lórea, Sensación de Ahogo, Cianosis, Respiración Silbante, Tos, Incontinencia, Choque, -- Fiebre, Dilatación de las pupilas, pérdida de la conciencia y convulsiones. De 5 a 10 minutos puede ocurrir la muerte.

El cáncer que se considera más importante en el hombre, se presenta en el Parénquima Pulmonar; esto es, un líquido rico en Proteínas, que sale de los capilares pulmonares y llevado a los alveolos pulmonares.

La sustancia H. puede ser antagonizada con Difenhidramina, 50 mg. por vía intravenosa.

TRATAMIENTO DE URGENCIA.

1.- Solución de Epinefrina, 1 Ml. de una solución de 1:1000 (1 Mg.) Intramuscular, inmediatamente, se repite según sea necesario. Si el paciente no responde de inmediato administrarse 0.1 a 0.4 Ml. de solución al 1:1000 diluida en 10 Ml. de solución Salina por vía intravenosa lentamente.

2.- Póngase en posición de choque y mantener firme al paciente.

3.- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas superiores.

4.- Administrar Benadryl después de la Epinefrina intravenosa, si es necesario.

5.- Oxígeno Terapia.

6.- Agentes Vasopresores.

Es de suma importancia retirar la sustancia que causa el choque y si el agente causal es la Fenoxilina, se le puede administrar el antagonista específico "Fenoxilinas".

T E R C E R A P A R T E

COMPLICACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO

Cualquier complicación en el Sistema Nervioso, puede ser automáticamente dividido en complicaciones centrales y periféricas, las complicaciones periféricas, serán tratadas posteriormente con el título de complicaciones físicas. Las complicaciones en el S.N.C., los estados de coma en daño cerebro-corticales, recuperación prolongada, temblores y delirio.

CAPITULO PRIMERO

DANO CEREBROCCENTRAL

Las quejas por anestésicos de cefalea, cambio de personalidad, pérdida de la memoria y delirio mental, son muy reales, aunque media los parámetros pertinentes en el consultorio, resulta poco práctico durante los procedimientos anestésico quirúrgicos. Sin embargo, existe un hecho fundamental común a todos estos problemas, debido al alto consumo metabólico de oxígeno, la corteza cerebral es más susceptible a la hipoxia, el tono capilar deprimido, puede permitir el edema cerebral, lo que provoca cefalea y tendencia a la descebración tiempo-después del procedimiento. Los accidentes cerebro vasculares indican que hay destrucción de sustancia cerebral, como resultado de insuficiencias vasculares, hemorragias intracerebrales, trombosis o embolia que se observan en el post operatorio.

El tratamiento de este problema consistiendo de la anestesia, comienza registrando bien al paciente, procurando provocar la menor cantidad de hipoxemia e hiperoxia, a un hospital de inmediato.

CAPITULO SEGURO

RECUPERACION PROLONGADA

Cuando el organismo no puede destruir e eliminar completamente un antígeno, se presenta un estado de recuperación prolongada.

Hipoxia y la hipercapnia pueden también producir recuperación prolongada.

CAPITULO III

TEMBLORIS Y DELIRIIS

Durante la Cirugía o la Anestesia en el Consultorio, se pueden presentar movimientos y fonación involuntaria. Los movimientos pueden variar desde una rigidez a posturas tónicas y clónicas hasta reflejos de protección, la fonación varía desde frases indecifrables hasta quejidos fuertes.

El problema principal es el control físico del paciente para disminuir cualquier posibilidad de lesiones.

Los factores predisponentes incluyen estímulos dolorosos durante la anestesia superficial, así como también, Fiebre, Agentes Anestésicos, Intubantes y Alteración en la Concentración del Pa CO₂. y los temblores pueden presentarse debido al efecto de los barbitúricos sobre el mecanismo tónico regular en el Cerebro Medio.

El delirio es más frecuente en pacientes jóvenes y se debe a estímulos dolorosos durante la fase de recuperación; los cuales pueden ser eliminados si se mejora la premedicación, como por ejemplo:

USO MODERADO DE NARCÓTICOS.

DISMINUCION DE LAS TEMPERATURAS ELEVADAS.

INDUCCION Y RECUPERACION SUAVE.

Los ataques convulsivos clásicos de la epilepsia, pueden presentarse antes de la inducción y después que haya comenzado la recuperación.

La historia puede revelar antecedentes de ataque o quizá hacer que se sospeche de la existencia.

Debido al régimen que incluye:

DIFENILHIDANTOINA.

METADONA.

PENOBARBITAL.

SULFATO DE MAGNESIO.

El ataque puede comenzar con temblores ligeramente de una extremidad (lateral) y extenderse rápidamente convirtiéndose en un temblor general.

El tratamiento consiste en controlar físicamente al paciente, mantener libre la vía aérea y administrar Pentobarbital 100 Mg. por vía intramuscular.

Un barbitúrico de acción ultracorta, Tipopental en Dosis de 25 a 100 Mg., por vía endovenosa, es la droga de elección, aunque también es necesario aplicar todas las medidas para la administración de cualquier anestésico general.

Después de la recuperación, está indicada la consulta con el médico familiar, con el fin de establecer un plan de tratamiento adecuado.

Re-tripping o viaje, como comúnmente se le llama a este término, es aplicado a las manifestaciones secundarias de las drogas que actúan por disociación mental. (Triciclo del Acido - Licárgico, Marihuana), no se ha estudiado la relación de estos fenómenos con la anestesia, además se que el uso actual o reciente de estas drogas no siempre es comunicado voluntariamente por el paciente. Por lo que la preparación en prevención de tal fenómeno es muy difícil.

CUARTA PARTE

COMPLICACIONES DE OTROS SISTEMAS

Otros sistemas que pueden sufrir complicaciones por la Anestesia General en el Consultorio son los siguientes:

Sistema Gastro Intestinal

Sistema Genitourinario.

Complicaciones Metabólicas

CAPÍTULO PRIMERO SISTEMA GASTROINTESTINAL

La principal complicación de este síndrome es la incapacidad a poner en peligro la vida del paciente. Los vómitos y las náuseas con vómito en el paciente anestesiado, la relajación del esfínter Cardioesofágico puede permitir que el contenido gástrico suba hasta el área de la glotis, como un contenido de aspiración, o aún más arriba llegando hasta la tráquea. Si los reflejos de protección no pueden cerrar la cadena gástrica, las secreciones ácidas que resultan producen un síndrome químico fulminante.

La profilaxis incluye el evitar la anestesia total antes de la intervención.

El tratamiento consiste en la aspiración de contenido gástrico, Drenaje Postural Para evitar el Reflujo, Evitar los tópicos tales como Decadón 3000, Evitar la anestesia total o traqueostomía.

P A R T E I I I
SISTEMA DE INTERVENCIÓN

La incontinenencia fecal constituye un problema una ame-
naza para el paciente, rechazado por otro en el momento
de la decaencia. Este problema puede existir relacionado al pa-
ciente que sufrir las consecuencias secundarias antes de la in-
tervención, en cuanto al paciente, una actitud de comprensión hacia
una el problema.

CAPITULO TERCERO COMPLICACIONES METABOLICAS

Las complicaciones metabólicas son aquellas que se presentan en la forma siguiente:

Las perturbaciones en las pruebas de laboratorio, a las que se presentan posteriormente.

El problema metabólico asociado a la acción del fármaco neurotóxico de los efectos anestésicos halotano, Isoflurano, metilóxido, Cyclopropano, etc.

Los problemas metabólicos asociados a la anestesia general son descubiertos hasta hace muy poco tiempo. Los cambios metabólicos representan un grave peligro para el paciente, por lo que la investigación es absolutamente necesaria.

QUINTA PARTE
COMPLICACIONES TÉCNICAS

Esta sección se le incluya siempre problemas mecánicos, químicos y del equipo asociados con los procedimientos cotidianos que exigen toda la atención del Técnico Dentista.

CAPITULO PRIMERO COMPLICACIONES MECANICAS

El Catálogo Venético que se utilizó habitualmente, realiza la punción venosa sin cumplir normas, pero para el paciente constituye una ofensa personal.

Obrarmente, una punción incorrecta del brazo, afecta a la calidad del tratamiento, la satisfacción del paciente y el equilibrio emocional, se le debe a esto la existencia causada por el barbitúrico alcalino.

Los hematomas extravasculares o la inyección intraarterial con bloques simples o múltiples, así como la existencia de una laceración de la piel.

La aplicación de compresas calientes e inyecciones múltiples en pequeñas cantidades de anestésico local (Procaina o Lidocaina) 1 a 2 por 100, 2.7 a 2.5 ml disminuye el dolor.

Puede estar indicando el traslado a un hospital para un bloqueo braquial o la administración de Anticoagulantes.

Las infecciones en el sitio de la punción son poco frecuentes, quizás debido a la utilización de agua desechable, así como la preparación adecuada del sitio.

Los cateteres intravasculares no están indicados en procedimientos en el consultorio.

Los antibióticos aplicados en forma tópicos y compresas calientes pueden controlar la infección cutánea, pero la flebitis intra o extra vena exige la consulta de un internista.

La mayor parte de las hemorragias nasales pueden pararse colocando correctamente la cabeza del paciente, y aplicando presión al labio superior y permitiendo el tiempo suficiente para la coagulación.

Muy rara vez está indicado el templatado posterior o anterior, sin embargo, despertar al paciente y responder la intervención será la mejor decisión.

CAPÍTULO SEGURO
COMPLICACIONES COSMÉTICAS

Este grupo incluye todas aquellas complicaciones asociadas con la Anestesia o la Cirugía que pudieran afectar la apariencia del paciente.

Laceración del labio, quemaduras en la mucosa, dientes fracturados y coronas flojas, son algunos de estos problemas, pero con un mínimo de cuidados y temeridad evitables.

El movimiento repentino es la principal causa de esta complicación y merece por lo tanto, hacer mención de él, como un caso de complicación Anestésica.

CAPITULO TERCERO EQUIPO

Las dificultades con los materiales u el equipo pueden ser molestos y debern ser eliminados de la mejor manera posible.

Las aguas sin luz o sin sifo, deberan ser desechadas, se debera contar con una fuente de luz secundaria.

Fuentes de oxigenacin alternativas tambien pueden salvar una vida.

Las actividades planificadas debidas por presion pueden complicar los sistemas de suministro de oxigeno.

un almacenamiento sin luz, es de poco valor cuando se necesita.

CONCLUSIONES

- 1.- Pueden presentar complicaciones durante la anestesia en el consultorio.
- 2.- Las medidas preventivas, cuando son posibles, son muy importantes para la seguridad del paciente, así como un Dentista capacitado con conocimientos de técnicas anestésicas.
- 3.- Casi siempre, la congestión de las vías aéreas y la respiración constituyen las medidas más difíciles en una clínica para tratar complicaciones de la anestesia en el consultorio.
- 4.- La entrevista previa con el paciente, en forma empática, así como su historia clínica detallada.
- 5.- La responsabilidad del paciente que sufre una anestesia segura en el consultorio, pero ella se puede disminuir a través de:
 - a).- Es indispensable la evaluación de los riesgos anestésicos.
 - b).- Es muy importante, contar con un personal bien capacitado y equipado.
 - c).- Se deberá tener presente siempre, que la anestesia en el consultorio será de corta duración.
 - d).- Se utilizará el menor número de drogas, siempre que sea posible.
 - e).- El equipo de urgencia es de suma importancia.

BIBLIOGRAFIA

Anesteciología Práctica

John R.S. Shields

Editorial,

Salvat Editores S.A.

Clinicas Odontológicas de Norte América

Dr. Thomas W. Quinn.

Editorial.

Interamericana

Tratado de Medicina Interna

Hervey

Jones

Gwens

Ross

Editorial

Interamericana

Farmacología Clínica para Odontólogos

Sebastian G. Ciancio, Priscilla C. Bourquill.

Editorial

Manual Moderno.

*Diagnóstico y tratamiento**Henry Blainero.**Sheldon Hargen.**Milton J. Chaltton.**Editorial**Mundo Moderno.**Manual de Farmacología Terapéutica.**Efraim G. Pardo.**Editorial.**La Prensa Médica Mexicana.**Anatomía Humana.**R.D. Lockart.**G.F. Hamilton.**F.W. Fyfe.**Editorial.**Interamericana S.A.**El Guardian de la Salud**Humberto Oamarhuul.**Editorial.**Publicaciones Interamericanas de la F.F.F.A.*