

1967

Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**ANESTESIA EN
ODONTOLOGIA**



TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

MA. DEL ROSIO GPE. VALDES NORIEGA

MEXICO, D. F.

1981



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.

I N D I C E

	Página
CAPITULO I.	
ANESTESIA.	
CONCEPTO Y GENERALIDADES.	1- 6
CAPITULO II.	
ELECCION DE ANESTESICOS.	
HISTORIA CLINICA.	7-24
CAPITULO III.	
TECNICAS DE ANESTESIA.	25-37
CAPITULO IV.	
TECNICAS DE ANESTESIA.	
ASPECTOS IMPORTANTES DE ANESTESIA GENERAL.	36-46
CAPITULO V.	
MANEJO POST-OPERATORIO DEL PACIENTE EN ANES TESIA.	47-49
BIBLIOGRAFIA.	50

CAPITULO I

ARTICULO

CONCEPTO Y OBJETIVO

CAPITULO I**ANESTESIA, CONCEPTO Y GENERALIDADES
DOLOR, UMBRAL DOLOROSO Y CONTROL DE DOLOR****ANESTESIA.**

Su significado literal es: "sin sensibilidad".

La Anestesia puede ser:

Anestesia patológica ó médica.- Es la pérdida de la sensibilidad objetiva producida por una enfermedad.

Se denomina total cuando están abolidas todas las -- formas de sensibilidad objetiva: táctil, térmica, dolorosa, -- ósea etc.

Anestesia parcial o disociada.- Cuando algunas de las formas -- están conservadas y otras ausentes.

Existe también una anestesia dolorosa en que todas -- las formas de sensibilidad objetiva están abolidas, excepto la -- del dolor que se vuelve más diferenciada; todo estímulo externo, en ésta forma de anestesia, se percibe bajo la forma de -- una sensación dolorosa. Para explicar éste tipo de anestesia -- se supone que de las múltiples fibras de un nervio sensitivo, -- algunas son irritadas, dando una sensación dolorosa, en tanto -- que otras son destruídas y producen la anestesia.

Anestesia provocada, artificial, quirúrgica ó preoperatoria.

Reseña histórica.- Desde la antigüedad el ideal del cirujano ha sido "operar sin hacer sufrir" así, los médicos egipcios y posteriormente los griegos y los romanos, bañaban la región corporal sobre la que tenían que intervenir con vinagre concentrado y después aplicaban la piedra menfítica", constituida por carbonato de calcio que al contacto con el vinagre liberaba ácido carbónico, que tiene una acción ligeramente - - anestésica, los médicos chinos recurrían a la propiedad sedante de una droga vegetal para procurar un sueño profundo al paciente.

Pero la moderna Anestesia.- Nace en América hace poco más de un siglo por obra del dentista Wells, que en 1844 practicó la extracción dentaria sobre pacientes estupefactos (y por lo tanto insensibles) mediante la inhalación del gas, protóxido de nitrógeno denominado también gas hilarante, por la placentera sensación de embriaguez que proporcionaba la inhalación de sus vapores.

Dos años después (1846) se descubrió la propiedad anestésica del éter y un año después (1847) la del cloroformo. Con éste triple descubrimiento nació la moderna anestesia.

DOLOR.

Sin tomar en cuenta la definición de los mecanismos involucrados, la transmisión del impulso creado por el estímulo

lo nocivo y la interpretación y de la reacción al impulso demuestran definitivamente la dualidad de aspectos del dolor: -
Percepción del dolor y reacción al dolor.

La percepción del dolor es el proceso fisiocatómico por el cual el dolor es recibido y transmitido por mecanismos neurológicos desde los órganos receptores del dolor, a través de los mecanismos de conducción y percepción.

La reacción dolorosa.- Es la manifestación del paciente de su percepción de una desagradable experiencia. Esto significa factores neuropatológicos y fisiopatológicos muy complejos que abarcan el tálamo posterior y la corteza cerebral.

UMBRAL DEL DOLOR.

Es interpretado inversamente proporcional a la reacción al dolor. Un paciente con elevado umbral de dolor es hiporeactivo, mientras el que tiene bajo es hiperreactivo.

El umbral del dolor dependerá en gran parte de su actitud hacia el procedimiento, el operador y el ambiente.

La fatiga influye en que el umbral sea más bajo.

CONTROL DEL DOLOR.

Uno de los aspectos más importantes en la práctica odontológica es el control ó eliminación del dolor.

MÉTODOS DE CONTROL DEL DOLOR.

1.- Eliminar la causa (afectaría la percepción del mismo).

2.- Bloquear la vía de impulsos dolorosos.

Inyectando en los tejidos próximos al nervio ó nervios implicados, una droga que posee propiedades anestésicas locales. Este método de control del dolor es posible interfiriendo la percepción dolorosa.

3.- Elevar el Umbral del Dolor.- Depende de la acción farmacológica de drogas que poseen propiedades analgésicas. Estas drogas elevan centralmente el umbral del dolor, interfiriendo por lo tanto la reacción dolorosa.

La percepción dolorosa no será afectada pero la reacción disminuirá y así se elevará el umbral de dolor. La presencia de estímulos más nocivos que crean dolor intenso requerirán el bloqueo de la vía de impulsos a la reacción completamente depresora del dolor mediante la utilización de un anestésico general.

4.- Disminución de la reacción al dolor mediante depresión cortical.- Está dentro del alcance de la anestesia general y de los agentes analgésicos generales. El agente analgésico de elección, mediante su crecimiento depresión del sistema nervioso central impide toda reacción consciente a un estímulo doloroso.

5.- Empleo de Métodos Psicósomáticos.- Este método afecta sólo a la reacción dolorosa y su eficacia depende de ligar al paciente al estado mental adecuado.

Mediante ningún otro método puede lograrse tanto con tan poco perjuicio para el paciente.

Dolor Psicógeno.- Puede ser definido como la sensación desagradable que no tiene base orgánica. Debe establecerse perfectamente el diagnóstico y referirlo a un psiquiatra competente.

Antes de controlar ó eliminar el dolor por cualquier método el paciente debe ser diagnosticado tan cuidadosamente como sea posible.

En la historia clínica debe anotarse el tipo de dolor:

1.- Neurogénico.- Agudo, quemante e intenso, puede ser constante ó intermitente.

2.- Dolor Vascular.- De naturaleza difusa puede ser traslativo y por lo, tanto difícil de localizar.

3.- Dolor Muscular.- Generalmente de naturaleza sorda, limitando el área de origen.

C A P I T U L O I I

ELECCION DE ANESTESICOS

HISTORIA CLINICA

CAPITULO II**ELECCION DE ANESTESICOS.**

No hay ningún anestésico que pueda ser calificado - como el mejor para todas las operaciones, pero si hay siempre alguno más adecuado para cada operación.

Para decidir cuál es el anestésico que mas conviene a un paciente, el cirujano estudiará todos los datos obtenidos en el examen médico y en pruebas de laboratorio.

En la elección del tipo de anestesia, se ha de considerar el lugar en que va a ser operado el paciente, ya sea el consultorio y en el sillón dental, ó en el sanatorio en la mesa de operaciones. En el consultorio es preferible la anestesia local. Para aplicar la anestesia local, el dentista necesita destreza mayor que para las otras en las que es imposible obtener la cooperación del paciente. Cuando el paciente se percata de la operación que se está ejecutando en él padece siempre cierto grado de choque.

El óxido nítrico con oxígeno es el anestésico general más útil para las intervenciones quirúrgicas en la boca.

No siempre las personas sanas, bien nutridas y desarolladas, son las que toleran mejor un anestésico. Por otra parte, hay individuos asténicos que son magníficos pacientes para la anestesia.

HISTORIA CLINICA.

A todos los pacientes se les debe elaborar una historia clínica detallada previa a la aplicación de cualquier tipo de anestesia, para averiguar el estado físico actual y tratar de prevenir accidentes y complicaciones.

Por el aspecto y el comportamiento del paciente, el anestesista puede a menudo tener alguna noción de la conducta que observará aquél en la anestesia y podrá agrupar a los pacientes en tres categorías:

- 1.- Los que probablemente reaccionarán de manera normal.
- 2.- Los que parecen extremadamente susceptibles al anestésico. (anémicos ó asténicos).
- 3.- Los que cree que presentarán más resistencia, como (atletas, personas pletóricas, histéricas, morfínomanas, alcohólicas).

Influencia de la edad:.- A veces se presenta la duda a cerca de la conveniencia de administrar tal ó cual anestésico a pacientes muy pequeños ó ancianos, pero en realidad la senectud no es indicación, ni contraindicación de la anestesia general ni local, es el estado del paciente el agente decisivo en la elección del anestésico, y no el número de años.

Incluye poco la edad en cuanto a la anestesia local

y el uso de óxido nítrico con oxígeno, sin embargo es difícil usar un anestésico local en todos los pacientes infantiles.

En niños pequeños y en ancianos no son convenientes el pentotal sódico ni la avertina, ni otro anestésico que no pueda regularse durante la intervención.

El mejor anestésico para niños es el óxido nítrico con oxígeno, hasta la edad de 14 años por dos razones:

1.- La influencia psíquica que tiene en el paciente una operación dolorosa ó una inyección puede serle perjudicial en el futuro.

2.- El dentista puede trabajar con más libertad, cuando el niño está bajo la acción de la anestesia general, otros operadores prefieren el cloruro de etilo para los niños.

ESTADO FISICO.

Ojos.- Si el estado del enfermo es realmente grave, la expresión de sus ojos puede indicar su estado, aún antes de que se tenga oportunidad de observar los otros síntomas. Los párpados están medio cerrados, los ojos se mueven con lentitud, la córnea no tiene brillo normal, las pupilas están dilatadas y, en general, se observa un estado de apatía y de agotamiento. El edema de los párpados es siempre signo alarmante y una indicación para estudiar el informe sobre la orina. La palidez extrema de la membrana mucosa bucal es signo de anemia.

Al hacer el examen metódico de los ojos, antes de administrar el anestésico, se procurará averiguar si hay flujo purulento en los ángulos palpebrales, ya que a veces una conjuntivitis crónica se recrudece después de la anestesia, sobre todo cuando se emplea el éter. Se inspeccionará luego la esclerótica y se notará su color. Con bastante frecuencia tiene dicha membrana tinte amarillento que indica la ictericia, la que pudo pasar inadvertida sobre todo en pacientes de piel morena.

Se examinará la córnea y se verá si hay cicatrices o infiltraciones. La opacidad de la córnea indica generalmente estado tóxico, y es a veces signo de úlcera cicatrizada, ó bien, la consecuencia de alguna inflamación sifilítica.

La dilatación pupilar puede ser causada por dolor intenso, terror, choque nervioso ó algún trastorno del sistema nervioso simpático, ó bien por perturbaciones de las glándulas endocrinas; por tanto, indica siempre la necesidad de que se investigue la causa. Cuando la dilatación pupilar es causada por temor, dolores intensos, o choque nervioso, desaparece generalmente al administrarse el anestésico, pero cuando es originada por estado hipotónico del simpático y por ciertos trastornos de las glándulas endocrinas, por regla general no se modifica con la anestesia.

La desigualdad de las pupilas tiene gran importan--

cia en lo que concierne al diagnóstico, y suele indicar en los niños que hay linfadenopatía cervical, neoplasma torácico ó hipertrofia del timo; en los adultos puede ser signo de lesión traumática en la cabeza, neoplasma torácico, aneurismas ó lesiones oculares inveteradas.

Si las pupilas no reaccionan a la luz, debe pensarse en la sífilis o en lesiones orgánicas específicas, que pudieran hacer peligrosa la administración del anestésico.

APARATO CIRCULATORIO.

La hipertensión arterial no es, por sí sola, contra indicación de la anestesia local ni general, y el riesgo es más en lo que atañe a la hemorragia postoperatoria, que en lo que concierne a la administración del anestésico. Es también importante, en lo relativo a la anestesia, la clase de intervención quirúrgica que haya de ejecutarse. Es de más grave consecuencia la hipotensión que la hipertensión, dado que las personas hipotensas suelen tener poca resistencia al choque. Por tal motivo, es preciso emplear algún anestésico, o combinación de anestésicos, que origine el menor grado de choque.

Si el enfermo padece cardiopatía, conviene acostarlo en la mesa de operaciones, ya sea que se le aplique la anestesia general o la local, pues si se logra tal relajación de aquí el anestésico produce más fácilmente sus efectos. Si se em--

plea la anestesia local, no es de temer tanto que el vasoconstrictor ocasione síncope, como el riesgo de que se presente -choque. Los pacientes toleran cantidades mucho mayores de --anestésico local, con menos trastornos, si se les coloca en posición horizontal, que si les pone en la vertical, lo cual sea probablemente causa de que, en la primera, es más eficaz la circulación de la sangre por el cerebro.

TENSION ARTERIAL.

La tensión arterial se expresa en milímetros de mercurio. La tensión sistólica mínima, normal en los adultos j6 venes es aproximadamente de 90 mm. de mercurio. Toda tensión arterial que pase de 140 en el adulto, debe ser considerada -como anormal.

La tensión arterial en la mujer es un poco más baja (unos 10 mm) que en el hombre. Son muy raras las tansiones -que pasan de 235 mm. y las que pasan de 250 son extremadamente raras. Un adulto que tenga tensión sistólica de menos de 100, es raro que pueda dedicarse a sus ocupaciones normales.- Damos a continuación una lista de la tensión sistólica media- que se observa normalmente:

Niños menores de 2 años	75 a 90
De los 8 a los 14 años	90
De los 15 a los 30 años	100 a 120
De los 30 a los 50 años	130
De los 50 a los 65 años	145

La hipertensión es un síntoma de muchas enfermeda--
des, entre otras: arteriosclerosis, angina de pecho, nefritis
aguda y crónica, endocarditis, lesiones valvulares, hemorra--
gia arterial, etc.

La hipotensión puede ser causada por el efecto car--
diopresor de algunas toxinas, por ciertos trastornos nervio--
sos, hemorragias, diarreas, choques etc.

Sangre.- Las personas obesas o pletóricas necesi--
tan inspirar mayor cantidad de aire que las personas normales,
delgadas ó anémicas en el primer período de la anestesia. A--
los pacientes de edad provectora, que tienen venas prominentes--
en las regiones cervical y temporal, hay que administrar el -
anestésico con toda clase de precauciones.

Los individuos anémicos llevan en la sangre menor -
cantidad de oxígeno que las personas normales, y, por lo con--
siguiente, necesitan un tanto por ciento mayor de oxígeno. A
tales pacientes se les anestesia generalmente con una combina--
ción de oxígeno, en todo el curso de la anestesia. Los enfer

mos de anemia grave requieren un tanto por ciento mayor de -- oxígeno particularmente en el período de la anestésia quirúrgica. En estos pacientes anémicos, así como a las personas - asténicas, se observa la falta de color rosado en los labios - y en el lóbulo de la oreja, y de ordinario se percibe un tinte cianótico.

No debe administrarse ningún anestésico general a - pacientes disnóicos ó que tengan señales de edema en las extre - midades inferiores. El soplo cardíaco, aunque indique insufi - ciencia aórtica, estenosis mitral o cualquier otra lesión val - vular, no es contraindicación de la anestesia general. En to - do caso, el anestesiista debe cerciorarse de que el paciente - no padece disnea de esfuerzo, ni edema.

APARATO RESPIRATORIO.

El protóxido de nitrógeno está contraindicado en -- los estados graves de asma, y en sujetos que padecen neoplas - mas de la faringe, anomalías de las fosas nasales, influenza, coriza, etc. En tales casos es preferible la anestesia local, siempre que sea posible.

La tos, los estertores bronquiales o la hipertermia sin causa evidente, son causas bastantes para que se posponga una intervención quirúrgica. Gran número de complicaciones - pulmonares postoperatorias no son más que el recrudecimiento - de algún transtorno pulmonar preexistente, al que no se dió-

importancia.

El anestesista debe fijar la atención en cualquier estado morbozo que cause disnea. Toda inflamación por debajo de la mandíbula, principalmente si es causada por angina de Ludwing, es capaz de ocasionar cierto grado de obstrucción respiratoria. La respiración dificultosa o rápida, o la ineptitud del enfermo para suspender voluntariamente la respiración más que unos cuantos segundos, son signos que no deben pasar inadvertidos. El óxido nítrico con oxígeno no está contraindicado en enfermos de tuberculosis pulmonar; en cambio el éter si lo está, ya que hay peligro de reavivar algún foco tuberculoso latente.

Los pacientes tuberculosos toleran bien el óxido nítrico con oxígeno. Dichos enfermos tienen capacidad vital reducida por lo cual hay que darles un tanto por ciento mayor de oxígeno en toda la anestesia.

SISTEMA NERVIOSO.

La anestesia general ha de ser siempre la que se prefiera para individuos neurasténicos o neuróticos, a quienes haya de ejecutarse alguna operación en la boca, ya que el dentista podrá trabajar con más tranquilidad. Las razones por las cuales se debe preferir la anestesia general a la local son obvias: el neurasténico tiene propensión a diferir indefinidamente la operación, y cuando por fin se decide a -

ser operado, no desea tener el más mínimo conocimiento de lo que se ha de hacer.

Todo paciente epiléptico tiene cierta inestabilidad en el sistema nervioso, pero por lo común esto no contraindica la anestesia general. En tales casos, sin embargo, hay -- que obrar con cautela, ya que, aunque en muy raras ocasiones, puede presentarse un acceso epiléptico, principalmente en el primer período de la anestesia, a medicación preanestésica es útil.

La anamnesia descubrirá trastornos nerviosos, lesiones degenerativas, demencia incipiente, epilepsia u otras enfermedades nerviosas, tanto en el paciente como en los parientes inmediatos. Y si en poder de tales datos, el dentista considera indispensable la operación, procederá con mayor cautela y procurará mejorar todo lo más posible el estado del enfermo antes de la operación.

SEXO.

Por lo común los mejores pacientes para la anestesia generalmente son las mujeres, ya que éstas ofrecen menor resistencia y entran en período de anestesia más tranquilamente que los hombres.

Las mujeres que fuman mucho parecen tener inmunidad considerable a la anestesia, por lo común es imposible anestesiar a tales pacientes con óxido nítrico y oxígeno, y son más

resistentes al éter que los pacientes alcohólicos. En tales casos es muy pequeño el margen de seguridad entre el período de anestesia quirúrgica o de relajación, y el estado de apnea. Dichos pacientes se recuperan pronto del anestésico y no presentan generalmente ningún trastorno post-anestésico.

TRANSTORNOS ENDOCRINOS.

Algunos trastornos endocrinos reducen considerablemente la tolerancia de los anestésicos, y es la función de la glándula tiroidea lo primero en que se piensa al tratar este asunto. Es muy difícil dictar reglas generales que rijan la elección de la anestesia para enfermos que padecen tales transtrornos, ya que estos presentan gran número de variaciones. En primer lugar, los hipertiroides son, por regla general, extremadamente nerviosos. A estos enfermos se procurará evitar les toda tensión, y cuando en ellos se emplee el óxido nítrico, se dará un tanto por ciento muy crecido de oxígeno. Si se emplea la anestesia local, debe reducirse al mínimo la cantidad de epinefrina. La anestesia general está contraindicada en los estados muy avanzados de hipertiroidismo, cuando ha ya probabilidades de obstrucción de las vías respiratorias -- causada por bocio subesternal.

En tales contingencias deberá el dentista poner la consideración en los diversos agentes, estudiar bien el asun-

to y escoger entonces el anestésico que ofrezca menos peligro al paciente.

ESTADO TIMICOLINFÁTICO.

Este es cierto estado de hipersusceptibilidad que resulta del desarrollo excesivo de todo el sistema linfático, - principalmente el timo, el bazo y la médula ósea.

En los pacientes que padecen ésta enfermedad puede sobre venir la muerte por la causa más leve. Algunos autores afirman que el 50% de los fallecimientos que ocurren al administrar un anestésico local ó general, es a causa de dicha enfermedad.

El sistema cardiovascular de éstos enfermos está mal desarrollado y los vasos tienen poca elasticidad, razón por la cual están muy propensos a la ruptura al experimentar el paciente estado de excitación, y el corazón es muy pequeño. - En estos casos es menos peligroso un anestésico local que no tenga epinefrina.

A algunos de los caracteres del estado timicolinfático son: cutis muy blanco, lampiño y muy terso; cintura estrecha y propensión al afeminamiento (en el hombre). En la mujer, los únicos signos discernibles son la escasez de cabello y la delgadez extrema. En algunos pacientes se observa delgadez e infantilismo. Sirven también para hacer el diagnóstico

los antecedentes de diabetes en la familia, así como trastornos de la glándula tiroidea y de otras perturbaciones del sistema endócrino.

Nefropatía y Diabetes Azucarada.

El análisis de orina no es indispensable antes de una operación de poca importancia, pero siempre es una buena precaución. Ha de hacerse en todos los pacientes que tengan edema de párpados ó en las extremidades, arterias tortuosas salientes en la región temporal, signo probable de nefritis, o que presenten signos de arteriosclerosis e hipertensión. Nunca debe darse ningún anestésico general a los pacientes que tienen edema generalizado, a menos que sea imposible ejecutar la operación con anestesia local.

Casi todos los pacientes nefríticos tienen hipertensión, acompañada algunas veces de arteriosclerosis: por esta razón no toleran bien la adrenalina de la anestesia local. Debe tenerse mucho cuidado cuando se les administre óxido nítrico con oxígeno.

Las personas diabéticas no deben ser operadas nunca con ningún anestésico, a no ser con la responsabilidad de un médico. Para estos enfermos la mejor anestesia es el óxido nítrico con oxígeno ó la anestesia local con novocaina.

En la acidosis: que puede presentarse en los diabéticos, hay pérdida de la reserva alcalina de la sangre y dis-

minución de la tensión del dióxido de carbono en el aire alveolar de los pulmones, lo que trae como consecuencia la falta de energía de los movimientos respiratorios y el aumento de los peligros para el paciente a quien se administre un anestésico general. Tales enfermos no deben ser operados, - excepto en casos de urgencia, hasta corregir la acidosis, - pues el aumento de la acidosis producido por el anestésico - puede acarrear la muerte.

Toda operación quirúrgica anegua la reserva de -- energía del paciente, en proporción directa con la duración- y magnitud de aquella y con la habilidad y destreza del cirujano.

La operación y la anestesia las ya exiguas defensas del organismo y hacen más probable la infección postoperatoria.

MESTRUACION Y EMBARAZO.

Si la operación no es urgente, es mejor evitar la anestesia en el período menstrual. En algunas mujeres el -- sistema nervioso es más inestable durante dicho período. -- Por otro lado algunas mujeres histéricas suelen atribuir muchos trastornos a la administración de un anestésico en la catamenia.

El embarazo, en lo que concierne al anestesista, -

es un estado normal y no debe ser considerado como contraindicación de la anestésia. Lo importante es evitar dolor y choque a la gestante durante la operación. El mejor en cualquier período del embarazo, es el protóxido de nitrógeno, ya que no causa choque y el restablecimiento es rápido y sin incidentes. El óxido nitroso no perjudica a la criatura.

PACIENTES RESISTENTES.

Esta clase incluye a los narcómanos, alcohólicos, fumadores, atletas, las personas robustas y las sumamente nerviosas, así como aquellas a quienes causa temor excesivo cualquier operación quirúrgica.

Hay algunas personas que son resistentes a la anestesia local, sobre todo las muy nerviosas, las que tienen terror a la picadura de aguja, y los niños muy pequeños. Otros sujetos resistentes a la anestesia general, como atletas, fumadores inveterados, los alcohólicos y narcómanos, los que se hallan en estado de extrema tensión nerviosa. Se ha dicho -- muy acertadamente que cualquier anestésico es más peligroso cuando se administra a un paciente que teme mucho a la muerte.

Para anestesiar a sujetos alcohólicos, atléticos o robustos se requiere considerable cantidad de óxido nitroso con oxígeno bajo presión. Si la operación no ha de ser muy corta preferimos la anestesia local o alguno de los demás anestésicos generales a una combinación de ellos.

Se observarán con detenimiento los signos de ebriedad, por leves que sean, pues algunos pacientes se toman un trago antes de ir al consultorio dental, lo que bien pudiera ocasionar excitación durante la anestesia.

Los morfinomanos suelen tener palidez de cara, por lo común miran con desconfianza y se advierte en ellos la - - constricción de las pupilas; además su respiración es anormal, y no se ha de pasar inadvertida la depresión respiratoria excesiva.

Los fumadores inveterados son también difíciles de anestesiar con anestésicos generales, ya que de ordinario son sumamente nerviosos, ofrecen resistencia, forcejean, respiran por la boca, todo lo cual dificulta la anestesia.

Para anestesiar a muchos de estos pacientes resistentes, es mucho mejor la anestesia local, sobre todo si no presentan síntomas morbosos agudos. La mayor parte de los narcómanos y otros pacientes resistentes desean la anestesia general, aún cuando sea más conveniente la anestesia local. Por supuesto, siempre que fuere posible, se preferirá el óxido nítrico con oxígeno y entonces es bueno inyectar unos 15 mg de morfina antes de la anestesia. Otras veces es preferible dar al paciente algún derivado del ácido barbitúrico, como el nembutal, diez centigramos, unos treinta o cuarenta minutos antes de la operación, y si fuera necesario repetirá dicha dosis al

cabo de treinta minutos.

En algunos pacientes resistentes, cuando se prevé -- que ha de ser difícil el período postoperatorio, que se tropezaré con alguna dificultad para obtener el período de anestesia quirúrgica, conviene administrar pentotal sódico o avertina, como anestésico básico, y añadir óxido nitroso y oxígeno, o bien administrar esta última mezcla con vineteno o éter en sucesión.

CAPITULO III

TECNICAS DE ANESTESIA

CAPITULO III**TECNICAS DE ANESTESIA**

Anestesia para los tejidos del Maxilar Superior.

La inyección suprapariostica.-

Lugar de punción: pliegue mucogingival.

Dirección de la aguja: En general hacia arriba.

Profundidad: Se introduce gradualmente la aguja, inyectando pequeñas cantidades de anestésico y poco antes de — alcanzar la región apical, se modifica la dirección de la — aguja para evitar el riesgo de perforación al periostio.

Observaciones: Esta anestesia es de las de corta duración a causa de la riqueza vascular del área y el pequeño volumen de solución inyectado. En todos los casos se aplica lentamente.

INYECCION SUPRAPARIOSTICA NERVIO ALVEOLAR SUPERO/POSTERIOR.

Instrumental: Aguja No. 4 Calibre 25 Adaptador largo; aguja # 2 Calibre 25 Adaptador corto; Aguja # 2 Calibre 27 Adaptador Corto.

Anestesia del tercero y segundo molares y raices distal y palatina del primer molar.

Técnica: Lugar de la punción: Pliegue mucobucal sobre el segundo molar.

Dirección de la aguja: Hacia arriba y hacia atrás.

Profundidad: Sobre los ápices de las raíces del tercer molar.

Observaciones: Esta inyección produce suficiente — anestesia para operatoria dental. Para extracciones o cirugía periodontal utilícese, además la inyección palatina posterior

Antes de anestesiar debemos secar perfectamente el — lugar de la punción y aplicar un antiséptico y un anestésico-tópico, ya sea pomada o spray y el paciente no debe cerrar la boca hasta que concluyamos la aplicación de la anestesia local.

INYECCION SUPRAPERIOSTICA NERVIOS ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO.

Instrumental: Aguja # 4 Calibre 25 Adaptador Largo;- aguja # 2 Calibre 25 ó 27 con adaptador corto.

Anestesia del primero y segundo premolares y de la — raíz mesial del primer molar.

Técnica: Lugar de punción: Pliegue mucogingival, sobre el primer premolar.

Se palpa con mucho cuidado el hueso en ésta área para determinar, a fin de colocar la aguja debidamente.

Dirección: Hacia arriba.

Profundidad: Se introduce la aguja hasta que llegue-

un poco más arriba del ápice de la raíz del primer premolar.

INYECCION SUPRAPERIOSTICA NERVIOS ALVEOLARES SUPERIORES/ANTERIORES.

Instrumental: Aguja # 4 calibre 25 adaptador largo; aguja # 2 Calibre 25 ó 27 adaptador corto.

Practicada en ambos caninos, anestesia los seis dientes anteriores. Unilateralmente, sólo los incisivos y caninos correspondientes; en éste caso bloqueamos las fibras del lado opuesto.

Lugar de Punción: Pliegue mucolabial mesialmente al canino. Se explora el área labial palpando el canino antes de inyectar.

Dirección de la aguja: Hacia arriba y ligeramente hacia atrás.

Profundidad: Avanzamos la aguja hasta llegar un poco al ápice de la raíz del canino, donde depositaremos lentamente el anestésico.

INYECCION SUPRAPERIOSTICA INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES.

Lugar de Punción: Pliegue mucolabial a nivel de incisivo centrales.

Dirección de la aguja: Hacia arriba.

Profundidad: La solución de la aguja se depositará por encima del ápice del incisivo.

Se deposita la solución lentamente, gota a gota.

Para cirugía y exodoncia es necesaria la inyección-nasopalatina.

INYECCION SUPRAPERIOSTICA INCISIVOS LATERALES SUPERIORES

Para Operatoria Dental laterales superiores.

Lugar de Punción Pliegue mucolabial por encima del - incisivo lateral.

El dentista puede orientarse palpando la zona para - determinar el contorno del hueso antes de introducir la agu - ja.

Dirección e inclinación de la aguja: Hacia arriba y - ligeramente hacia atrás.

Profundidad: La solución se deposita por el ápice de la raíz, recordando que ésta yace en la fosa incisiva, que a - menudo es muy cóncava.

Para cirugía y extracciones reforzamos por palatino.

INYECCION SUPRAPERIOSTICA CANINO SUPERIOR

Instrumental.- Agujas # 4 Calibre 25, Adaptador lar - go; agujas # 2 Calibres 25 y 27 Adaptador corto.

Para operatoria dental y cirugía.

Lugar de Punción Pliegue mucolabial en el punto me - dio entre las raíces del canino e incisivo lateral.

Profundidad: La solución la depositamos por encima - del ápice de la raíz del canino, se encuentra a un nivel superior al suelo nasal. Se deposita lentamente la solución.

INYECCION SUPRAPERIOSTICA PRIMER PREMOLAR

Lugar de Punción: Pliegue mucobucal, a nivel del primer premolar.

Dirección de la aguja: Hacia arriba.

Profundidad: Por arriba del ápice del premolar. Lentamente.

OBSERVACIONES: Esta inyección también anestesiara -- el segundo premolar y la raíz mesial del primer molar, ya que bloquea el nervio alveolar superior medio en el punto de confluencia. Para cirugía reforzamos por palatino.

BLOQUEO DE LOS NERVIOS PALATINO ANTERIOR Y ESFENOPALATINO.

Finalidad: Siempre que una operación o un traumatismo ha de afectar los tejidos blandos del lado palatino de los dientes superiores, está indicado el bloqueo de los nervios - palatino anterior ó del esfenopalatino.

Inyección: Se coloca el bisel de la aguja en sentido plano sobre la mucosa distal del primer molar y en un punto - medio entre el borde gingival y la bóveda del paladar; la je-

ringa se encuentra entonces al plano sagital del molar y apunta a cierta distancia. Esta debe aplicarse con fuerza llegando a doblarla ligeramente. Se aprieta lentamente el embolo de la jeringa para forzar la solución contra el epitelio. Al observar que la mucosa palidece, se disminuye la presión enderezándose la aguja, cuya punta penetra entonces en el epitelio; sin avanzar la aguja, se inyecta una gota de la solución y se espera unos cuatro o cinco segundos, entonces se empuja la aguja unos cuantos milímetros volviendo a inyectar una gota de la solución. Se procede de esta manera hasta que la aguja hay penetrado por debajo del tejido duro que recubre la depresión en forma de embudo que presenta el paladar duro. Al inyectar la solución en éste espacio no se nota ninguna resistencia y la difusión del líquido es muy rápida por tanto, no se debe inyectar mas de 0.5 de ml. Generalmente con este método no se anestesian los nervios palatinos medio y posterior que inervan el paladar blando; su anestesia provocaría una sensación desagradable que debe evitarse.

NERVIO ESFENOPALATINO: El bisel de la aguja se coloca en sentido plano contra la mucosa y sobre el lado de la papila incisiva (tuberculo palatino), apretandolo contra la mucosa.-- Se inyecta la solución en el epitelio, donde se difunde rápidamente provocando el palidecimiento de los tejidos. Se empuja -

un poco la aguja en el epitelio y se inyecta una gota del anestésico. Después se dirige la aguja por debajo de la papila -- y se inyectan lentamente 0.25 a 0.5 ml. de la solución. En este momento el bisel de la aguja se encuentra debajo de la papila y a la entrada del agujero. Los dos nervios esfenopalatinos Derecho e Izquierdo quedan anestesiados.

PRECAUCIONES: La aguja no debe penetrar más de .5 cm en el canal incisivo. La entrada al piso de la nariz puede provocar una infección.

Se debe aspirar antes de inyectar lentamente volume nes mínimos de la solución.

BLOQUEO DEL NERVIO INFRAORBITARIO

Finalidad: La inyección infraorbitaria es el método-- de elección para la eliminación de caninos incluidos ó de quis tes voluminosos, o cuando está contraindicada la inyección supraperiostica en enfermos con inflamación o infección moderada

Morfología: El agujero infraorbitario se encuentra -- sobre la misma línea que el eje del segundo premolar, esta línea axial se extiende a través de la escotadura supraorbita -- ria; esas relaciones no pueden presentar variaciones individuales.

Cuando el paciente mira directamente hacia adelante,--

el agujero está a 1-4 mm hacia adentro de la pupila del ojo y, aproximadamente a 1 cm por debajo del borde orbitario infe --- rior. La inyección produce la anestesia de los dientes incisivos, caninos y premolares y de su periodonto, con excepción de la encía palatina.

Inyección: Utilizando uno de los metodos antes descritos, el dentista sitúa gradualmente el agujero, y coloca sobre él la yema del índice. Entonces con el pulgar, levanta el labio y la mejilla hacia arriba y afuera. Sujetando la jeringa como una pluma, se coloca la aguja paralelamente al eje del segundo premolar, y la misma jeringa se apoya ligeramente en el labio inferior. Se inserta la aguja de tal manera que al alcanzar la fosa suborbitaria su extremidad apunte hacia la punta del dedo. Cuando la punta de la aguja haya penetrado en la mucosa se inyecta una gota de la solución anestésica, esperando unos cuatro o cinco segundos antes de empujarla otra vez suavemente. General, al penetrar la aguja en el tejido alveolar adiposo, entre los musculos elevador propio del labio superior y canino, el enfermo casi no experimenta molestia. Pero si el enfermo manifiesta dolor, se detiene la aguja para inyectar --- 0.06-0.12 ml. de la solución y se espera unos segundos para ob tener la anestesia. A medida que la aguja va aproximándose al-

área situada bajo la punta del dedo del anestesista se inyectan unos 0.12-0.24 ml. de la solución. La infiltración de los tejidos puede notarse con el dedo. Se esperan unos 10 segundos para obtener la anestesia del periostio del agujero y se avanza entonces con cuidado la aguja para pasar el borde inferior del agujero suborbitario, dirigiéndose hacia la parte anterior del conducto suborbitario. Presionando firmemente con la punta del dedo el agujero, se inyecta lentamente la solución anestésica. Si la aguja se encuentra en el conducto la solución fluye fácilmente y la presión digital no nota ninguna infiltración de los tejidos. Un examen del cráneo revela que el espacio proporcionado por el canal y el conducto es insuficiente para contener 2 ml. de la solución anestésica.

Como regla general es preciso inyectar de 0.5 a 0.75 ml. dentro del conducto en un lapso de 2 minutos.

Niños: En el niño, la profundidad de penetración de la aguja, para la inyección infraorbitaria es algo mayor que en la inyección suprapariostica debido a la poca altura que presenta el maxilar superior infantil. Es preciso recordar que para obtener la anestesia de los molares temporales la inyección suprapariostica debe ser alta sobre la pared del antro.

BLOQUEO DEL NERVIIO DENTAL POSTERIOR

(Tuberosidad)

Inyección: Mientras limpia la mucosa bucal, el dentista busca el punto para insertar la aguja, para ello investiga donde el aplicador de algodón se desliza hacia arriba, alejándose de la apófisis piramidal del maxilar superior. Con la boca sólo ligeramente abierta, se pide al paciente mover el maxilar inferior hacia el lado de la inyección, lo cual procura mas campo para la manipulación de la jeringa entre la apófisis coronoides y el maxilar superior . El pulgar estira la mejilla hacia arriba y afuera, se inserta la aguja a través de la mucosa movable y se inyecta una gota de la solución. Después de 4- a 5 seg. se empuja la aguja unos cuantos milímetros hacia arriba, adentro y atrás, inyectando una gota de la solución antes de llegar al periostio. Se prosigue por etapas, deslizando la aguja a lo largo del periostio, se inyecta una gota de solución en cada etapa. En el momento que la aguja pierde contacto con la curvatura de la tuberosidad se hace una pausa se aspira con la jeringa y se inyecta 0.5 a 1 ml de la solución.

BLOQUEO DEL NERVIIO MAXILAR SUPERIOR

Inyección: Se utiliza un calibrador de Boley para de-

terminar la altura del maxilar superior. Se emplea ya sea una aguja encorvada o una aguja recta en un adaptador encorvado .

Un pedacito de caucho, colocado sobre la aguja sirve como señal y se ajusta para indicar la altura medida sobre el maxilar. El operador estira con el índice la mejilla del paciente hacia arriba y afuera, pidiéndole que abra la boca y mueva la mandíbula hacia el lado de la inyección, la aguja se inserta en el punto más alto del vestíbulo, generalmente arriba del último molar y a cierta distancia de la mucosa alveolar, dirigiéndola hacia arriba, adentro y atrás. La aguja no debe tocar el periostio, sino hasta después de haber penetrado unos 15 mm. Antes de tocarlo se inyectan dos gotas de solución y se dejan transcurrir unos cuantos segundos antes de proseguir el avance de la aguja a lo largo del periostio. El dentista sigue avanzando la aguja hasta que la señal de caucho se encuentre a nivel del plano horizontal imaginario que pasa por el margen gingival del segundo molar. Entonces se inyecta la solución que queda en el cartucho.

BLOQUEO DE LOS NERVIOS MENTONIANO E INCISIVO

Técnica: Bloqueo del agujero mentoniano.

La inyección: El mismo aplicador de algodón que fué utilizado para extender el antiséptico es empleado como sonda-

para encontrar la depresión en forma de embudo donde desemboca el conducto mentoniano. El aplicador se sujeta apuntando hacia abajo, hacia delante y medialmente. Al quitar el aplicador, queda una ligera depresión en la mucosa, se inserta entonces la aguja en dicha depresión, inyectando una o dos gotas de la solución. La aguja avanza lentamente hacia el agujero se inyectan unas cuantas gotas dejando transcurrir 4 ó 5 seg antes de deslizar la punta de la aguja en el conducto donde se inyectan lentamente 0.5 ml. de la solución, obteniéndose la anestesia de los dientes anteriores a los molares.

BLOQUEO EN LA FOSA INCISIVA

La eficacia de esta inyección se debe a la presencia de pequeños canalículos nutricios en el hueso cortical del piso de la fosa incisiva. Se suele obtener una anestesia pulpar y quirúrgica de los incisivos, depositando lentamente en esa región 1 ml. de la solución. Cuando se necesita anestesiar la mucosa lingual se inyecta una pequeña cantidad de anestésico en la mucosa dura.

Precauciones: Estas inyecciones no deben hacerse nunca en el fórnix del vestíbulo bucal, donde la aguja puede penetrar en la glándula sublingual y provocar una infección.

C A P I T U L O I V

ASPECTOS IMPORTANTES

DE

ANESTESIA GENERAL

ASPECTOS IMPORTANTES DE ANESTESIA GENERAL

La anestesia general es un servicio y una necesidad en el paciente ambulatorio, existen tratamientos dentales que resultan doloroso la anestesia general es apreciada por el paciente y el Cirujano Dentista.

Tenemos que analizar perfectamente el caso, que estemos tratando para decidir si es preciso o no la anestesia general, a continuación mencionamos en que caso y clase de pa--cientes indicaremos esta anestesia.

- 1.- En pacientes extremadamente nerviosos.
- 2.- En enfermos mentales (Síndrome de Down).
- 3.- Pacientes de edad avanzada y debilitados.

Debemos planear el tratamiento incluyendo la cirugía menor bucal, tomando en cuenta los siguientes puntos:

- a) Equipo y personal
- b) Planificación
- c) Selección de nuestros pacientes
- d) Indicaciones preoperatorias
- e) Preparación para la anestesia y premedicación
- f) Selección del antésico y dosificación
- g) Método de inducción
- h) Anestesia Endotraqueal

1) Recuperación

a) Equipo y Personal.- Además del cirujano Dentista, debemos contar con un personal capacitado.

Si la anestesia la llevamos a cabo en el consultorio y no en un hospital , es de vital importancia que se cuente -- por lo menos con dos sillones y un cuarto de recuperación, un equipo de anestesia, un dispositivo de aspiración quirúrgica, oxígeno, termómetro, esfigmomanómetro y estetoscopio; tres -- asistentes que son: Instrumentista, recepción y una enfermera más, así tendremos mayor eficacia.

b) Planificación del tratamiento.- El trabajo que se realice en una sola sesión tiene que ser con seguridad y total esfuerzo del dentista y su equipo. Debemos evitar operaciones de mas de tres horas.

c) Selección de enfermos.- Debemos evaluar físicamente y con una historia clínica completa, donde determinaremos si se lleva a cabo o no la anestesia general.

d) Indicaciones Preoperatorias.-

1.- El paciente no debe tomar líquidos ni alimentos - por lo menos cuatro horas antes de la cita.

2.- Debe ser acompañado por un adulto.

3.- Si es nervioso se le receta pentotal sódico (50 - a 100 mg), para ingerir la noche anterior.

e) Preparación para la anestesia y premedicación.- Todo para la anestesia y la operación debe estar listo para no tener interrupciones.

Sentado el paciente en posición semclinada se cubre con una sabana estéril, se toma la presión arterial y se le coloca el aspirador.

Premedicación.- Es mejor por vía intravenosa cinco minutos antes de la anestesia. Para intervenciones mas largas se puede emplear atropina (10.5 mg) depresor del Sistema Nervioso hay aumento de frecuencia cardiaca.

El Pentobarbital sodico.- 50 a 100 mg se combina con Metohexital sódico, Oxígeno y oxido nitroso, el pentobarbital es depresor del Sistema Nervioso Central. En general, los barbitúricos reducen el indice metabólico y la irritabilidad nerviosa.

f) Selección del anestésico y la dosificación.- El Metohexital sódico (Brevital) son fármacos excelentes y se usan solos y combinados.

El metohexital es ideal para el paciente ambulatorio, es de acción breve, permite una duración de 2 a 3 hrs.

El Tiopental.- También es de inducción rápida y sin fase de excitación y tiene un efecto anestésico y lo podemos aprovechar para efectuar varios trabajos sin que el paciente

cosas desagradables.

El reflejo de difusión se conserva en la mayoría de los casos.

Dosificación.- Varía de acuerdo a la edad, vitalidad y grado de aprensión del paciente. En enfermos con edad avanzada o debilitados se necesita una cantidad menor que en los jóvenes.

Dosis de siete años que no cooperan será la misma para llegar a la inducción completa (80 mg 8 ml). Para pacientes de unos 70 años de edad bastará con 20 mg 2 ml.

g) Método de Inducción.- Para la inyección se hace en el antebrazo en una vena ó en el pliegue del codo, se punciona y se fija la aguja, con el esparadrapo se inmoviliza a la muñeca y el antebrazo. Se coloca un dispositivo para mantener la boca abierta, con una solución de metohexital sódico al 1% inyectada a razón de 15 mg (1.5 ml) por segundo es suficiente para que pueda iniciar inmediatamente la operación. Después de haber terminado la inducción evitando así el paso de sangre o material extraño en la garganta, se coloca un tapón bucal.

En el adulto el efecto es después de 30 seg. Para mantener la anestesia se deben de hacer dosificaciones intermitentes equivalentes a un tercio o la mitad de la dosis ini-

cial.

El Cloruro de Succinilcolina. USP: Es otro anestésico útil para el cirujano dentista produce para respiratorio, - su efecto se obtiene en quince segundos, tiempo de circulación hrazo-cerebro.

Dosis: En niños 5 mg. Adultos 10 mg.

Está indicado cuando tenemos espasmos laríngeos parcial ó total. Es conveniente usar el tubo buco-faríngeo.

b) Anestesia Endotraqueal.- Tiene ventajas y desventajas según el tipo de paciente. Esta anestesia tiene que ser en hospital y presenta varias desventajas.

Desventajas:

- 1.- Requiere de anestesia mas profunda
- 2.- Es traumatizante la colocación del tubo endotraqueal, provoca hemorragia nasal, laríngea o edema faríngeo.
- 3.- Dolor en la musculatura esquelética.
- 4.- La recuperación es mas larga.

Ventajas:

- 1.- Control de las vías aéreas más positivo.
- 2.- Posibilidad de manejar enfermos resistentes y bajo anestesia ligera.
- 3.- Es el método indicado para pacientes que deben de estar relajados con anestésicos.

Es preferible la intubación nasal porque el tubo no nos interfiere en la cavidad bucal y no impide el trabajo -- del dentista. Antes de intubar se administra en solución --- salina de cloruro de succinilcolina al 0.2% y se logra una - relajación para realizar la intubación conectando el tubo -- con la tráquea y formamos una combinación de óxido nitroso - y oxígeno (30%) o de oxígeno y halocato (1 a 2%) en el vapo - rizador fluotec para complementar la dosis de metohexital só dico o las de tiopental sódico. Para cerrar la farínge la in flamamos con aire o algunos anesthesiologos taponan la farin - ge con gasa húmeda, la cual facilita la remoción de cuerpos- extraños después de las operaciones, que se hayan efectuado.

Cuando se termina la operación se retira la anestesia dejando el tubo endotraqueal in situ hasta que el pacien te este despierto para poder toser, se inserta un aspirador- especial para aspirar las secreciones, dentro cerca de la ex tremidad del tubo y se examina la faringe para ver si esta - libre de materiales.

Equipo de la Intubación:

a) Pinzas Magill.- Dirigen el tubo nasoesndotraqueal hacia el interior de la tráquea.

b) Válvula de peso unidireccional y conector con la- tubería de la máquina de gas.

c) Tubos endotraqueales.

d) Laringoscopio

e) Guía inductora para dirigir el tubo bucal endotraqueal hacia el interior de la tráquea.

f) Lubricante para los tubos y la sonda guía.

1).- Recuperación.

Se debe esperar y permanecer en un solo lugar hasta que recupere todos sus reflejos. La recuperación es el tiempo comprendido entre la terminación del tratamiento dental y la respuesta inteligente del paciente, esto es de 2 a 5 min. aunque camine después de unos minutos se le lleva a su cuarto de recuperación y se vigila, no es raro observar un llanto de corta duración.

Después de la anestesia con metohexital sódico que debemos diferenciar de la (borrachera) llorosa que dura de 10- a 15 min. sin dejar recuerdo.

La ansiedad se caracteriza por insomnio, retorcimiento de manos, llanto y dura 24 hrs.

El paciente no debe manejar y tomaremos en cuenta los factores que modifican el tiempo de la reacción en cada paciente.

Naturaleza y dosificación de los fármacos en la pre medicación.

Reacciones individuales de cada paciente.

Duración de la anestésia.

Le debemos informar al acompañante que puede presentar no siempre alteraciones del juicio como continuación consecutiva de la anestesia.

C A P I T U L O V

**MANEJO POSTOOPERATORIO DEL
PACIENTE EN ANESTESIA**

MANEJO POST- OPERATORIO DEL PACIENTE EN ANESTESIA

Manejo post- operatorio después de la analgesia local o general.

Debemos tener sumo cuidado con nuestro paciente y - dominar el mínimo dolor que nos muestre.

Los pacientes tienen diferente temperamento, condiciones físicas e inteligencia y por lo tanto no podemos manejarlos de igual manera a todos.

Debemos tratar al paciente en una forma amable, darle la suficiente confianza, evitando hablar de cosas desagradables.

Habiendo terminado nuestra anestesia, debemos de vigilar el pulso, presión arterial, pupila, color de la piel y sudoración del paciente y estar alerta para cualquier alteración que se presente poderla controlar satisfactoriamente.

Rehabilitación del paciente anestesiado:

Es la recuperación de la persona cuando ha sido anestesiada (o haberle quitado la sensibilidad parcial de determinada región bucal), ya anestesia regional o puntos locales o bloqueo.

Nosotros debemos de instruir a nuestro paciente y -

explicarle en groso modo que va a volver a su estado normal - en 2 ó 3 hs y que no debe moderse la lengua, labios carri --- llos, mejillas, maxilares etc... porque puede producirse seve ras heridas, pues no tiene control sobre estas regiones, y sí puede causar infecciones que le causarían serios problemas de recuperación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvin L. Morris.
Harry M. Bohannon.
Las especialidades odontologicas en la practica general.
págs. 70, 145.
- 2.- Dr. Lockhart Hamilton.
Anatomía Humana.
Edición 1973.
- 3.- Dr. Niels Bjoern Jorgensen.
Dr. Jess Hayden, J.R.
Anestésia Odontológica.
Capítulo I Págs. 123-126
Capítulo III Págs. 16-17
Capítulo IV Págs. 23-25-26-22-58=62
Capítulo V Págs. Págs. 67
Capítulo VII Págs 89-90-92-95.
Capítulo VIII Págs. 97-104
Capítulo IX Págs. 108-109-111-112-115-118
Capítulo X Págs. 122-123-125.
Primera Edición. Año 1970. México
Interamericana.
- 4.- Cirugía Bucal
Tomo I
Dr. S.V. Mead