

879522

19

2ej

INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ANESTESIA LOCAL Y TRONCO REGIONAL EN ODONTOLOGIA OPERATORIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JESUS OCTAVIO HERNANDEZ TRILLO



CHIHUAHUA, CHIH.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

1990



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 está 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.

Í N D I C E

P Á G.

PRÓLOGO	+	6
INTRODUCCIÓN	+	7
CAPÍTULO I		
	ANALGESIA TRONCO-	
	REGIONAL Y LOCAL	9
CAPÍTULO II		
	ASPECTOS FISIOLÓGICOS	33
CAPÍTULO III		
	SINÓPSIS ANATÓMICA DEL	
	NERVIO TRIGÉMINO	37
CAPÍTULO IV		
	TÉCNICAS	43
CAPÍTULO V		
	HISTORIA CLÍNICA	60
CAPÍTULO VI		
	MEDICACIÓN PRE-ANESTÉSICA	65
CAPÍTULO VII		
	CONSIDERACIONES	
	PSICOLÓGICAS	67
CONCLUSIONES	+	79
BIBLIOGRAFÍA	_____	81

P R Ó L O G O

ESTANDO EN LA CLÍNICA DE OPERATORIA DENTAL TRABAJANDO CON MI PACIENTE. TODOS MIS COMPAÑEROS REALIZANDO TRABAJOS CON SUS PACIENTES SE NOTABA EL IR Y VENIR EN LA CLÍNICA PARA SOLICITAR AL DOCTOR O ACUDIR A LA FARMACIA.

UN AMBIENTE DE TRABAJO TAL QUE CON LA PRÁCTICA FUIMOS ADQUIRIENDO EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE INSTRUMENTOS, MEDICAMENTOS Y TÉCNICA.

AL ESTAR TRABAJANDO CON MI PACIENTE EN UNA CAVIDAD DE 2^{do}. MOLAR MI PACIENTE ENPEZO A SENTIR MOLESTIA POR LO CUAL ME PIDIÓ QUE LE ANESTESIARA LO CUAL ERA MI OBLIGACIÓN DARLE COMODIDAD Y PARA TRABAJAR CON MAYOR COMODIDAD ME DIRIJI AL DOCTOR PARA QUE ME AUTORIZARA LA ANESTESIA.

MI PACIENTE NO PRESENTABA APARENTEMENTE NINGÚN PROBLEMA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA.

LE HICE DEMASIADAS PREGUNTAS, LLEVADA POR EL TEMOR QUE ME INSPIRABA UN ANESTESICO. POR LA REACCIÓN INDESEABLE Y TAMBIÉN POR LA TÉCNICA QUE TENÍA QUE LLEVAR A CABO. EL PACIENTE PREGUNTÓ QUE PARA QUE TANTA PREGUNTA. LE DIJE QUE ERA POR SU BIEN Y POR EL MÍO.

I N T R O D U C C I Ó N

LA SELECCIÓN DEL AGENTE ANESTÉSICO SE BASARÁ EN LA --
ÍNDOLE E INDIVIDUALIZACIÓN DE CADA CASO QUE SE PRESENTE --
PARA VALORACIÓN. EN TÉRMINOS GENERALES, LA FINALIDAD QUE
PERSIGUE LA ANESTESIA EN OPERATORIA DENTAL ES EL TRATAMIEN
TO SIN DOLOR. EL CIRUJANO DENTISTA NECESITA UN DOMINIO -
ABSOLUTO ANTE EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE, PARA QUE PUE
DA LLEVAR A CABO SU TRABAJO SIN DIFICULTADES. SABEMOS --
QUE MUCHAS VECES NO ES NECESARIO EL USO DE UN AGENTE ANES-
TESICO EN ODONTOLOGÍA OPERATORIA, PERO DADO EL COMPORTA---
MIENTO Y ESTADO GENERAL DEL PACIENTE, ASÍ COMO LA VARIEDAD
DEL UNBRAL DEL DOLOR ENTRE DIFERENTES INDIVIDUOS, EXIGE LA
NECESIDAD DE DICHO AGENTE. PODEMOS CONSIDERAR LA NECE---
SIDAD DE UN ANESTÉSICO LOCAL EN CUATRO FASES:

1. SEGURIDAD DEL PACIENTE
2. CONVENIENCIA DEL CIRUJANO
3. CONODIDAD DEL PACIENTE
4. CAPACIDAD DEL OPERADOR EN TÉCNICAS DE ANESTESIA.

SEAN CUALES SEAN LOS AGENTES Y LA TÉCNICA QUE SE ----
EMPLEEN, DEBERÁN BRINDAR SEGURIDAD AL PACIENTE. EXPONER-
AL PACIENTE A UN RIESGO NO NECESARIO Y PONER EN PELIGRO SU

VIDA POR AGENTES DE ACCIÓN DUDOSA O TÓXICA, O AL ADMINISTRAR DOSIS EXCESIVAS O AGENTES INNECESARIOS, SON HECHOS - NOCIVOS QUE DAÑAN LA REPUTACIÓN MORAL DE CUALQUIER CIRUJANO DENTISTA.

DESPUÉS DE PRODUCIR UN ESTADO DE ANESTESIA SEGURA, - ES NECESARIO QUE LAS CONDICIONES DE TRABAJO DEL CIRUJANO-DENTISTA SEAN ADECUADAS. SI SE LOGRAN DICHAS CONDICIONES, EL CIRUJANO DENTISTA TERMINARÁ CON RAPIDEZ SU TRABAJO OPERATORIO. DEBEMOS RECORDAR QUE MUCHAS VECES CUANDO DUDAMOS DEL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE NO DEBEMOS UTILIZAR EL EMPLEO INDISCRIMINADO O RUTINARIO DE ANESTÉSICOS - POR MERA COMODIDAD DEL PACIENTE. TENEMOS QUE SER CON---CIENTES (EN CASO DE DUDA) QUE ES MEJOR SACRIFICAR COMO---DIDAD O CONVENIENCIA OPERATORIA, CON EL ÚNICO FIN DE LOGRAR LA SEGURIDAD DE NUESTRO PACIENTE. POR LO TANTO ---VUELVO A REITERAR LA IMPORTANCIA DE EVITAR EL EMPLEO DISCRIMINADO DE ANESTÉSICOS BASADO EN PREFERENCIAS PERSONALES (COMODIDAD). NO ES CUESTIÓN DE GUSTOS O RECHAZOS; - ES UN PROBLEMA DE SELECCIÓN QUE SE BASA EN CONSIDERACIONES FISIOLÓGICAS Y FARMACOLÓGICAS. ES NECESARIO HACER - UNA VALORACIÓN INDIVIDUAL DE CADA PACIENTE Y DE LA TÉCNICA Y AGENTES ANESTÉSICOS PARA RESOLVER UNA DETERMINADA-SITUACIÓN.

CAPÍTULO I

ANALGESIA TRONCO-REGIONAL Y LOCAL.

GENERALIDADES.

LA ANESTESIA REGIONAL PUEDE CONSIDERARSE COMO LA QUE SE OBTIENE EN UNA ZONA DEL CUERPO AL APLICAR UNA SUBSTANCIA QUÍMICA QUE PUEDE BLOQUEAR LA CONDUCCIÓN EN LOS NERVIOS DE DICHA ZONA. EL AGENTE EMPLEADO NO DEBERÁ DAÑAR PERMANENTEMENTE EL TEJIDO, Y LOS CAMBIOS FUNCIONALES DEBEN SER REVERSIBLES.

TIPOS DE ANESTESIA REGIONAL:

1. ANESTESIA LOCAL. ES LA APLICACIÓN DE UN AGENTE EFICAZ A PIEL O MUCOSAS POR PULVERIZACIÓN, POMADAS, ETC.
2. ANESTESIA POR INFILTRACIÓN. TÉCNICA DE INYECTAR ANESTÉSICO A TEJIDOS, SE INFILTRARÁ LA SOLUCIÓN EN TERMINACIONES NERVIOSAS.
3. BLOQUEO DE CAMPO. TÉCNICA QUE ENTRAÑA INYECCIÓN

DE ANESTÉSICOS LOCALES A LOS TEJIDOS EN LA PERIFERIA DE LA ZONA POR INTERVENIR.

4. ANESTESIA DE CONDUCCIÓN. (A MENUDO LLAMADA ANESTESIA REGINAL). ESTE MÉTODO SE LLEVA A CABO AL DEPOSITAR UNA SOLUCIÓN ANESTÉSICA EN EL CURSO DE NERVIOS QUE SE DISTRIBUYEN EN UNA ZONA CORPORAL EN LA QUE SE NECESITA ABOLIR LA SENSIBILIDAD O LA INERVACIÓN MOTORA.

LA ANESTESIA REGIONAL SE CALIFICA A VECES COMO ANESTESIA DE CONDUCCIÓN, LAS DROGAS RECIBEN EL NOMBRE DE ANESTÉSICOS LOCALES, SE EMPLEAN EN FORMA DE SOLUCIONES ACUOSAS.

SE OBTIENE ANESTESIA REGIONAL POR INYECCIÓN DE UN SOLO NERVIOS O DE UN GRUPO DE LOS MISMOS QUE INERVAN UN CAMPO OPERATORIO; MUY A MENUDO SE CALIFICA INCORRECTAMENTE COMO ANESTESIA LOCAL. EL TÉRMINO ANESTESIA REGIONAL, DIFIERED DEL DE ANESTESIA LOCAL EN QUE EL PRIMERO ES MÁS AMPLIO E INCLUSIVO. EN ANESTESIA LOCAL SOLUCIÓN DE LA DROGA SE INYECTA A LO LARGO DE LA LÍNEA DE INCISIÓN Y EN LAS ESTRUCTURA DEL CAMPO OPERATORIO, TÉCNICA CONOCIDA COMO INFILTRACIÓN. SEMEJANTE INFILTRACIÓN DE UNA SOLUCIÓN ANESTÉSICAL LOCAL SOBRE UNA AMPLIA ZONA BLOQUEA UN GRAN NÚMERO DE TERMINACIONES NERVIOSAS AISLADAS, PERO NO UN TRONCO NERVIOSO-

ESPECÍFICO. AHORA BIEN, LA INFILTRACIÓN LOCAL SE EMPLEA CON FRECUENCIA PARA COMPLETAR EL BLOQUEO REGIONAL DE UN NERVIJO O GRUPO DE NERVIOS EN CASOS DE SUPERPOSICIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN NERVIOSA O DE INCAPACIDAD PARCIAL PARA BLOQUEAR UNO O MÁS DE LOS NERVIOS DESTINADOS A UNA REGIÓN DETERMINADA.

INFILTRACIÓN Y ANESTESIA TÓPICA SON TÉRMINOS SIMILARES, YA QUE EN CADA CASO LAS TERMINACIONES NERVIOSAS INDIVIDUALES EN UNA AMPLIA ZONA SON BAÑADAS POR LA SOLUCIÓN. LOS ANESTÉSICOS LOCALES PENETRAN FÁCILMENTE LAS MUCOSAS, PERO NO INTERRUMPEN LA CONTINUIDAD DEL TEGUMENTO, POR LO QUE DEBE INYECTARSE DEBAJO DE LA PIEL EN ÁREAS CUTÁNEAS. SE ADMINISTRAN TAMBIÉN EN PULVERIZACIONES O POR IMPREGNACIÓN DE LAS MUCOSAS PARA OBTENER ANESTESIA TÓPICA.

B. PROPIEDADES QUÍMICAS.

LOS ANALGÉSICOS LOCALES SE DIVIDEN EN TRES GRUPOS:

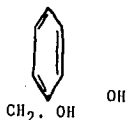
1. COMPUESTOS HIDROXI.
2. ESTERES DE ÁCIDOS AROMÁTICOS.
3. OTROS COMPUESTOS DIVERSOS.

1. COMPUESTOS HIDROXI.

CONSTITUYEN UN GRUPO RELATIVAMENTE PEQUEÑO DE FÁR---
MACOS QUE SE HAN USADO PARA LA ANALTÓXICA. TIENE ESCASA
IMPORTANCIA EN LA PRÁCTICA ACTUAL, YA QUE SE DISPONE DE -
SUSTANCIAS DE ACCIÓN MUCHO MÁS STISFACTORIAS. DOS EJEM-
PLOS DE ESTE GRUPO SON EL ALCOHOL BENCÍLICO Y LA SALIGENI
NA:



ALCOHOL BENCÍLICO



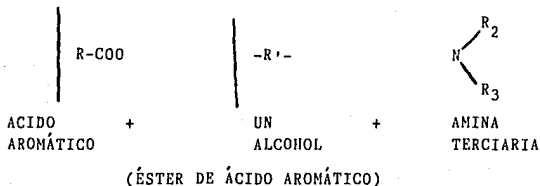
SALIGENIA

LA SUBSTITUCIÓN DE UN H DEL ALCOHOL MÉTÍLICO POR UN-
GRUPO FENILO PRODUCE EL ALCOHOL BENCÍLICO Y LA DE UN H EN
POSICIÓN ORTO DEL GRUPO FENILO DEL ALCOHOL BENCÍLICO POR-
UN HIDROXILO PRODUCE LA SALIGENINA.

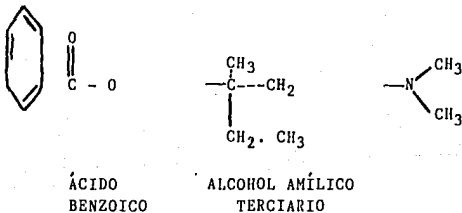
2. ESTERES DE ÁCIDOS AROMÁTICOS.

PODRÍAN DENOMINARSE TAMBIÉN GRUPOS-DE LA PROCAÍNA- -
COCAÍNA Y COMPRENDER UN GRAN NÚMERO DE FÁRMACOS. EL ---
ÁCIDO ES TÍPICAMENTE AROMÁTICO Y EL ALCOHOL ES DEL TIPO -
ALIFÁTICO O ALICÍCLICO. EL ÉSTER RESULTANTE TAMBIÉN ---
CONTIENE NITRÓGENO, HABITUALMENTE EN FORMA DE UNA AMINA -

TERCIARIA. SON POR TANTO, ÉSTERES AMINOTERCIARIOS DE --
 ÁCIDOS AROMÁTICOS Y SU FÓRMULA ES LA SIGUIENTE:

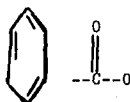


EL ÁCIDO BENZOICO, EL MÁS SIMPLE DE LOS ÁCIDOS AROMÁ-
 TICOS, FORMA CON LOS ALCOHOLES UNA SERIE DE ÉSTERES IMPOR-
 TANTES. TRES ANALGÉSICOS BIEN CONOCIDOS LA AMILOCAÍNA,-
 LA COCAÍNA Y LA METICAÍNA, SON ÉSTERES DEL ÁCIDO BEN-----
 ZOICO.

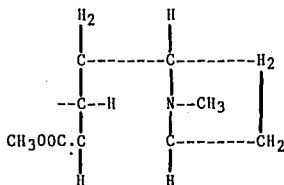


LA COCAÍNA, EL ÚNICO ANALGÉSICO LOCAL PRESENTE EN LA
 NATURALEZA, SE CONVIERTE POR HIDRÓLISIS EN ÁCIDO BEN-----
 ZOICO, ALCOHOL METÍLICO, Y LA BASE ECGONINA. LA ECGONI-

NA ES UN DERIVADO DEL TROPANO EMPARENTADO CON LA ATROPINA Y LA ESCOPOLAMINA.



ÁCIDO BENZOICO



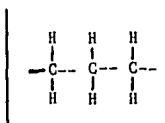
ECGONINA

COCAÍNA

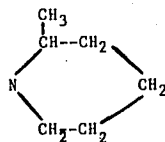
LA METICAÍNA REPRESENTA UN INTENTO DE SIMPLIFICAR LA ECGONINA POR SUPRESIÓN DE UN ANILLO DE CUATRO CARBONOS.



ÁCIDO
BENZOICO



ALCOHOL
ALIFÁTICO
METICAÍNA.

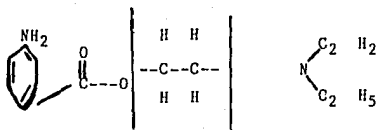


ANILLO DE METIL
PIPERIDINA.

ES UN DERIVADO DE LA PIPERIDINA EN EL QUE EL H DE LA METIL-PIPERIDINA HA SIDO SUSTITUIDO POR UN ALCOHOL ALIFÁTICO.

TAMBIÉN SE HA INVESTIGADO LA ACCIÓN ANALGÉSICA LOCAL DE OTROS COMPUESTOS DE PIPERIDINA.

LOS ÉSTERES DERIVADOS DEL ÁCIDO PARA-AMINOBENZOICO FIGURAN ENTRE LOS FÁRMACOS MÁS IMPORTANTES EN ANALGESIA LOCAL. LA MOLÉCULA DE PROCAÍNA SE PREPARA AÑADIENDO UN GRUPO DIETILAMINO AL ÉSTER PARA-ETIL-BENZOATO.



ÁCIDO PARA
AMINOBENZOICO

ALCOHOL
ALIFÁTICO

AMINA
TERCIARIA

PROCAÍNA.

UNA SUBDIVISIÓN DEL GRUPO DE ANALGÉSICOS LOCALES DE LA PROCAÍNA ES LA CONSTITUÍDA POR UNA SERIE DE COMPUESTOS POCO SOLUBLES QUE SON ÉSTERES DEL ÁCIDO AMINOBENZOICO, PERO A LOS QUE LE ALTAN LOS GRUPOS AMINO-TERCIARIOS, Y POR TANTO, NO PUEDEN FORMAR SALES SOLUBLES EN AGUA, POR ELLO SE ABSORBEN LENTAMENTE, TIENEN UNA ACCIÓN ANALGÉSICA SOSTENIDA Y PUEDEN USARSE EN SUPERFICIES CRUENTAS Y HERIDAS. SON SOLUBLES EN LAS GRASAS Y SE PREPARAN TAMBIÉN EN FORMA DE POMADA. EJEMPLO IMPORTANTE DE ESTE GRUPO ES

EL ETILAMINOBENZOATO ("BENZOCAÍNE").

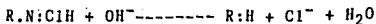
3, OTROS COMPUESTOS DIVERSOS.

EL ÚLTIMO GRUPO DE ANALGÉSICOS LOCALES ESTÁ FORMADO POR FÁRMACOS DE FÓRMULA QUÍMICA INDIVIDUAL Y VARIABLE.

LA CINCHOCAÍNA ES UN BUEN EJEMPLO DE LOS FÁRMACOS -- BASADOS EN EL ANILLO DE QUINOLINA, MIENTRAS QUE LA LIGNOCAÍNA OCUPA UN LUGAR ÚNICO ENTRE LOS ANALGÉSICOS LOCALES-- POR SER UNA AMINOACILAMIDA.

C. PROPIEDADES FÍSICAS.

LOS ANESTÉSICOS LOCALES SE CONSERVAN A PUNTO DE SER-- INYECTADOS EN FORMA DE SALES SOLUBLES, HABITUALMENTE ---- CLORHIDRATOS. ESTAS SOLUCIONES TIENEN UN pH BAJO. LA-- NEUTRALIZACIÓN DE LA SAL ÁCIDA Y LA LIBERACIÓN DE BASE -- ANALGÉSICA LIBRE SON REQUISITOS PREVIOS PARA QUE PUEDA -- PRODUCIRSE BLOQUEO NERVIOSO. LA ALCALINIDAD DE LOS TEJ_I DOS (pH 7,4) ES SUFICIENTE PARA ESTA REACCIÓN QUE SE ---- REALIZA SEGÚN LA ECUACIÓN SIGUIENTE:



PPTDO. BASE LIBRE.

EL HECHO DE QUE LOS ANESTÉSICOS LOCALES NO PRODUZCAN-ANALGESIA EN LAS ÁREAS INFECTADAS PUEDE ATRIBUIRSE AL BAJO pH DE ESTOS TEJIDOS (EL pH DEL PUS ES 5,6).

LA SOLUCIÓN ACUOSA DE CLORHIDRATO DE PROCAÍNA TIENE - SU MÁXIMA ESTABILIDAD PROBABLEMENTE, A UN pH DE 2 A 3,3. - LA TASA DE HIDRÓLISIS DEPENDE DE LA TEMPERATURA (SE TRIPLICA POR CADA 10°C QUE AUMENTA LA TEMPERATURA ENTRE LOS LÍMITES DE 20° Y 70°C), POR LO QUE LAS SOLUCIONES DE PROCAÍNA DEBEN GUARDARSE EN LUGAR FRÍO Y RENOVARSE FRECUENTEMENTE. SI SE ASEGURA LA ESTABILIDAD MEDIANTE UN EXCESO DE - ACIDEZ, LA LIBERACIÓN DE LA BASE ANALGÉSICA TIENDE A SER - LENTA.

ADENÁS, LA INYECCIÓN DE SOLUCIONES DE pH TAN BAJO ES-DOLOROSA SE SABE QUE LA PROCAÍNA A UN pH DE 1-2,9 PRODUCE-NECROSIS.

D. CARACTERÍSTICAS DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

COMO SE DIJO ANTERIORMENTE, SE DEFINE A LOS ANESTÉSICOS LOCALES COMO LAS SUBSTANCIAS QUÍMICAS QUE PUEDEN BLOQUEAR LA CONDUCCIÓN NERVIOSA AL APLICARLOS LOCALMENTE A -- TEJIDO NERVIOSO EN CONCENTRACIONES QUE NO LESIONEN PER--- MANENTEMENTE DICHO TEJIDO. MANIFIESTAN SU EFECTO EN CUAL

QUIER TIPO DE TEJIDO NERVIOSO Y BLOQUEAN EL PASO DE IMPUL
SOS SENSITIVOS Y MOTORES.

AHORA BIEN, LAS CARACTERÍSTICAS QUE DEBE TENER UN --
BUEN ANESTÉSICO LOCAL SON:

1. SERÁN POTENTES Y EFICACES EN BAJA CONCENTRACIÓN.
2. TENDRÁN CAPACIDAD DE PENETRACIÓN ADECUADA.
3. TENDRÁN INICIO DE ACCIÓN RÁPIDA.
4. SU ACCIÓN SERÁ DURADERA.
5. PRESENTARÁN POCA TOXICIDAD GENERAL.
6. NO SERÁN IRRITANTES, ESTO ES, NO CAUSARÁN LESIÓN-
A NERVIOS.
7. SU ACCIÓN SERÁ REVERSIBLE.
8. PODRÁN ESTERILIZARSE FÁCILMENTE.

DICHO DE OTRA MANERA:

1. QUE POSEA UN PERÍODO DE LATENCIA MÍNIMA.
2. ACCIÓN DURADERA AL TIPO DE INTERVENCIÓN.
3. QUE SEA COMPATIBLE CON VASOPRESORES.
4. QUE POSEA DIFUSIÓN CONVENIENTE.
5. QUE POSEA ESTABILIDAD DE LAS SOLUCIONES.
6. QUE POSEA MÍNIMA TOXICIDAD GENERAL.
7. QUE POSEA GRAN INCIDENCIA DE ACCIÓN ANESTÉSICA.

SE DEFINE LA POTENCIA DE UN ANALGÉSICO LOCAL COMO LA CAPACIDAD Y LA DOSIS MÍNIMA DEL FÁRMACO CON QUE SE LOGRAN LAS CONDICIONES LOGRADAS, ESTO ES, ANESTESIA EN UNA REGION, Y CIRCUNSTANCIAS ADECUADAS QUE PERMITAN LA PRÁCTICA OPERATORIA.

LA TOXICIDAD COMO LA REACCIÓN NOCIVA O CONTRARIA DE UN ORGANISMO A UNA DOSIS DADA DE AGENTE. EL PUNTO FINAL PARA ESTIMAR LA TOXICIDAD POR MÉTODO DE LABORATORIO ES LA MUERTE DEL SUJETO.

E. REACCIONES NO DEBIDAS AL ANESTÉSICO LOCAL.

INTOLERANCIA.

NO TODAS LAS REACCIONES QUE OCURREN DURANTE EL USO DE ANESTÉSICOS LOCALES SON DEBIDAS A LA DROGA O A LA ADMINISTRACIÓN DE DOSIS EXCESIVAS. ALGUNOS PACIENTES SON INTOLERANTES A CIERTOS FÁRMACOS Y LOS ANESTÉSICOS LOCALES NO CONSTITUYEN EXCEPCIÓN. EL FENÓMENO DE LA INTOLERANCIA BASTANTE FRECUENTE SE CARACTERIZA PORQUE LA DOSIS TERAPÉUTICA PROMEDIA O UNA MUCHO MENOR (OPERATORIA DENTAL) PRODUCE UNA RESPUESTA QUE SI BIEN CORRESPONDE A LA ORDINARIA DE LAS DROGAS ES MUCHO MÁS INTENSA. EN EL CASO DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES DESPUÉS DEL USO DE DOSIS --

MUY INFERIORES A LAS USADAS ORDINARIAMENTE PUEDE OBSERVARSE DEPRESIÓN CIRCULATORIA O EXCITACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, LOS SÍNTOMAS SON IDÉNTICOS A LOS CAUSADOS -- POR EXCESO DEL MEDICAMENTO. EN GENERAL, LAS REACCIONES -- DEBIDAS A INTOLERANCIA A LOS ANESTÉSICOS LOCALES SE CARACTERIZAN POR DEPRESIÓN CIRCULATORIA MÁS QUE POR ESTIMULACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. LAS REACCIONES CONSECUTIVAS A INTOLERANCIA SE ATRIBUYEN ERRÓNEAMENTE A IDIOSINCRASIA O ALERGIA.

REACCIONES ALÉRGICAS.

SE OBSERVAN REACCIONES ALÉRGICAS DESPUÉS DE SENSIBILIZACIÓN RESULTANTE DE LA EXPOSICIÓN REITERADA A LA DROGA, -- LA RESPUESTA ES DE TIPO ANTÍGENO-ANTICUERPO. LA DROGA -- ACTÚA COMO UN HAPTENO Y SE COMBINA CON LAS PROTEÍNAS DEL -- ORGANISMO, COMBINACIÓN QUE DA ORIGEN A UN ANTÍGENO. POR VIRTUD DE QUE EL ANTÍGENO QUE SE FORMA ES PERJUDICIAL PARA EL ORGANISMO, SE CALIFICA COMO ALERGENO. DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL AGENTE NOCIVO PUEDEN APARECER LESIONES CUTÁNEAS, URTICARIA, EDEMA LARINGEO, INFLAMACIÓN DE LA LENGUA O ESPASMO BRONQUIAL; LOS MÉDICOS Y DENTISTAS DESARROLLAN A MENUDO REACCIONES ALÉRGICAS COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL. -- GENERALMENTE SON NECESARIAS EXPOSICIONES REPETIDAS PARA LA SENSIBILIZACIÓN DE UN SUJETO.

RARA VEZ SE OBSERVA SENSIBILIZACIÓN EN PACIENTES ---
SOMETIDOS TAN SÓLO UNA O DOS VECES A LOS ANESTÉSICOS LOCA
LES. CIERTOS INDIVIDUOS MANIFIESTAN UN TIPO DE REACCIÓN
QUE A FALTA DE MEJOR TÉRMINO SE HA LLAMADO "ANAFILAC-----
TOIDE".

POR FORTUNA ESTE TIPO DE RESPUESTA ES RARO. EN ES-
TOS CASOS, UNA CANTIDAD MÍNIMA DE DROGA SÍNCOPE BRUSCO, -
DE TENCIÓN RESPIRATORIA Y ASISTOLIA CON FRECUENTE TERMINA
CIÓN MORTAL.

PUEDE OCURRIR QUE EL SUJETO NO HAYA SIDO EXPUESTO --
NUNCA ANTES A LA DROGA. ES DIFÍCIL PRECISAR LA CAUSA DE
ESTE TIPO DE RESPUESTA, AUNQUE SE HA ATRIBUÍDO A LIBERA--
CIÓN BRUSCA DE CANTIDADES EXCESIVAS DE HISTAMINA.

SE INSISTE EN LA CONVENIENCIA DE PRACTICAR PRUEBAS -
DE SENSIBILIDAD A LOS ANESTÉSICOS LOCALES. EL USO DE LA
RONCHA INTRADÉRMICA PARA PREDECIR UNA RESPUESTA ANORMAL A
A UN ANESTESICO LOCAL ES UN MÉTODO BIEN CONOCIDO, PERO DE
VALOR DUDOSO, YA QUE LAS ÁREAS DE ERITEMA SON A MENUDO --
CONFUSAS E INCIERTAS. POR LO TANTO LA PRUEBA ES DIFÍCIL
DE INTERPRETAR CUANDO RESULTA POSITIVA. SE HA OBSERVADO
INTOLERANCIA INCLUSO EN CASOS DE PRUEBA INTRADÉRMICA NEGA

TIVA, POR OTRA PARTE A VECES NO SE PRODUCE REACCIÓN CUANDO SE EMPLEA LA DROGA EN SUJETOS CON PRUEBA POSITIVA.

IDIOSINCRASIA A LOS ANESTÉSICOS LOCALES.

LA IDIOSINCRASIA A ESTOS MEDICAMENTOS ES UNA RESPUESTA INDESEABLE, POSIBLE PERO NO FRECUENTE, PUDIENDO FIGURAR COMO MANIFESTACIONES DE ESTE TIPO DE REACCIÓN, TAQUICARDIA, PALPITACIONES E HIPERTENSIÓN DESPUÉS DEL USO DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE UNA DROGA, SÍNTOMAS TODOS QUE SUGIEREN - LIBERACIÓN DE ADRENALINA.

LA RESPUESTA DEBIDA A IDIOSINCRASIA NO ES EN VERDAD - LA QUE SE ESPERA DE LAS DROGAS. LA APRENSIÓN Y EXCITACIÓN QUE SUELE OBSERVARSE DESPUÉS DE TENTATIVAS PARA PRÁCTICA. BLOQUEO REGIONAL, DEPENDE GENERALMENTE DE LA PRESENCIA DE VALORES PLASMÁTICOS, CIRCULANTES ELEVADOS.

REACCIONES DIVERSAS.

COMO CONSECUENCIA DEL EMPLEO DE ANESTÉSICOS LOCALES - PUEDE OBSERVARSE DEPRESIÓN DE LA MÉDULA ÓSEA. SE HA INFORMADO DE AGRANULOCITOSIS DESPUÉS DEL USO CONTINUADO DE - PROCAÍNAMIDA, POR EJEMPLO. NO DEBE DESCARTARSE POSIBILIDAD DE QUE COMPUESTOS AFINES PUEDAN CAUSAR AGRANULOCI-

TOSIS, SI BIEN ESTE TIPO DE RESPUESTA NO ES PROBABLE YA -- QUE ESTAS DROGAS SE EMPLEAN RARA VEZ DURANTE PERÍODOS PROLONGADOS. EN OCASIONES PUEDE PRODUCIRSE METAHEMOGLOBINEMIA, DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICOS LOCALES, Y SE HA REGISTRADO ALGÚN CASO DE ESTA COMPLICACIÓN TRAS EL USO TÓPICO DE BENZOCAÍNA Y DE LA PRILOCAÍNA (CITANEST').

F. COMPLICACIONES.

TODOS LOS ANESTÉSICOS LOCALES DISPONIBLES SON, EN MAYOR O MENOR GRADO, SUBSTANCIAS TÓXICAS, POR LO QUE SE HAN ESTABLECIDO DOSIS MÁXIMAS PARA CADA UNO DE ELLOS. LAS -- REACCIONES TÓXICAS QUE SE PRODUCEN PUEDEN SER DE DOS TI-- POS: LOCALES Y GENERALES.

COMPLICACIONES LOCALES.

SON AQUÉLLAS QUE TIENEN LUGAR EN EL SITIO DE LA INYECCIÓN Y ESTÁN REPRESENTADAS ESPECIALMENTE POR: EDEMA, INFLAMACIÓN, ABSCESOS, NECROSIS Y DEFICIENCIAS EN LA ESTERILIDAD DEL PROCEDIMIENTO. LAS REACCIONES TISULARES, MANIFESTADAS EN FORMA DE EDEMA, SON ESPECIALMENTE FRECUENTES EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA Y HAN SIDO ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE IONES METÁLICOS, TALES COMO COBRE, ZINC Y NI---QUEL, EN LAS SOLUCIONES INYECTADAS. DESDE QUE LAS JERINGAS Y LOS RECIPIENTES QUE CONTIENEN ESOS IONES SE HAN IDO-

ELIMINANDO PROGRESIVAMENTE, DICHAS REACCIONES HAN DESAPARECIDO.

POR EL CONTRARIO, LAS REACCIONES TISULARES DEBIDAS A LOS VASOCONSTRICTORES UTILIZADOS EN LA ANESTESIA LOCAL SON DE CARÁCTER MÁS SERIO. CON EL USO DE SOLUCIONES QUE CONTIENEN ALTAS CONCENTRACIONES DE ADRENALINA, SE HAN OBSERVADO NECROSIS Y GANGRENA DEBIDO A LA ISQUEMIA TISULAR PRODUCIDA.

TAMBIÉN PUEDE CONSIDERARSE COMO COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL LAS CAUSADAS POR LA AGUJA, COMO POR EJEMPLO: HEMATOMAS, LESIONES TRAUMÁTICAS, ETC.

COMPLICACIONES GENERALES:

LAS COMPLICACIONES GENERALES SON LA MANIFESTACIÓN DE LOS EFECTOS TÓXICOS SOBRE LOS DIVERSOS SISTEMAS DEL ORGANISMO. GENERALMENTE SE DIVIDEN DE ACUERDO A SUS EFECTOS CLÍNICOS, ES DECIR, REACCIONES "CIRCULATORIAS", "NEUROLÓGICAS", ETC. TAMBIÉN PODEMOS HABLAR DE REACCIONES INMEDIATAS Y TARDÍAS POR EJEMPLO: "EVOLUCIÓN RÁPIDA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA" O "EVOLUCIÓN LENTA CON PARO RESPIRATORIO", ETC.

EN CIERTAS OCASIONES PREDOMINAN LOS SÍNTOMAS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MANIFESTADOS EN FORMA DE CONVULSIONES, PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA O DEPRESIÓN RESPIRATORIA; OTRAS VECES, SON LOS SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES LOS QUE PREDOMINAN, PUDIENDO PRODUCIRSE UN COLAPSO CIRCULATORIO COMO SÍNTOMA PRIMARIO.

EFFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

LOS ANESTÉSICOS LOCALES TIENEN LA PROPIEDAD DE ESTIMULAR LA CORTEZA Y LOS CENTROS CEREBRALES ALTOS Y DE DEPRIMIR LAS REGIONES DEL BULBO Y PROTUBERANCIA. EN EL PRIMER CASO, APARECEN SÍNTOMAS DE EXCITACIÓN TALES COMO ESPASMOS O CONVULSIONES; EN EL SEGUNDO CASO, DEPRESIÓN RESPIRATORIA ESPECIALMENTE. PROBABLEMENTE SON LOS SÍNTOMAS DE ORIGEN PROTUBERANCIA, CON PARO RESPIRATORIO, LOS RESPONSABLES DIRECTOS DE LA MUERTE.

EFFECTOS SOBRE EL SISTEMA CARDIOVASCULAR.

LOS SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES PRODUCIDOS POR LOS ANESTÉSICOS LOCALES, SE CARACTERIZAN POR EL DESCENSO DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA ACCIÓN DEPRESIVA SOBRE EL MIOCARDIO, ALTERANDO AMBOS LA CONDUCCIÓN, LA CONTRACCIÓN DEL MÚSCULO CARDÍACO.

ADMINISTRANDO DOSIS LETALES, SE PRODUCE RÁPIDAMENTE UN COLAPSO CARDIOVASCULAR CON DILATACIÓN CARDÍACA MÁXIMA Y PARO RESPIRATORIO. LA DEPRESIÓN MIOCÁRDICA PARECE --- SER, POR LO TANTO, LA REACCIÓN TÓXICA DOMINANTE EN CASO - DE COLAPSO CARDIOVASCULAR AGUDO.

REACCIONES DE CARÁCTER PSICOGÉNICO.

ESTE GRUPO NO DEBE INCLUIRSE ENTRE LAS REACCIONES -- TÓXICAS CAUSADAS POR ANESTÉSICOS LOCALES, PERO DEBE SIN - EMBARGO, MENCIONARSE YA QUE PUEDE PRESENTAR SÍNTOMAS SEME JANTES. EL DOLOR Y LA ANGUSTIA SON CAPACES DE DESEN---- CADENAR REACCIONES VASOMOTORAS, POR EJEMPLO: PALIDEZ, -- NÁUSEAS, SUDOR, ACCIÓN FRÍA E HIPOTENSIÓN, COMO COMIENZO- DE UN SÍNCOPE NEUROGÉNICO.

GENERALMENTE ESTAS COMPLICACIONES OCURREN ESTANDO EL PACIENTE EN POSICIÓN VERTICAL, RAZÓN POR LA QUE SUCEDEN - CASI SIEMPRE EN LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALMENTE EN ODON TOLOGÍA. LA HIPOXIA PUEDE SER TAN INTENSA QUE LLEGUE A- PRODUCIR PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA E INCLUSO CONVULSIONES- ANTES DE QUE SE PUEDA ACOSTAR AL PACIENTE. LAS MEDIDAS- A TOMAR EN ESTE CASO SON BAJAR RÁPIDAMENTE LA EXTREMIDAD- CEFÁLICA DEL PACIENTE Y, SI ES POSIBLE OXÍGENOTERAPIA.

G. POTENCIACIÓN DE ACCIÓN.

ES PRÁCTICA CORRIENTE AGREGAR VARIOS AGENTES A LAS -
SOLUCIONES ANESTÉSICAS PARA AUMENTAR SU INTENSIDAD O DURA
CIÓN DE ACCIÓN. CON ESCASAS EXCEPCIONES, LA MAYOR PARTE
DE DICHS AGENTES TIENEN POCA UTILIDAD.

VASOCONSTRICTORES.

ES SABIDA LA UTILIDAD DE LOS AGENTES VASOCONSTRICTO-
RES PARA HACER MÁS DURADERA LA ACCIÓN ANESTÉSICA DE LOS -
AGENTES LOCALES. POR VASOCONSTRICCIÓN LOCAL, RETARDAN -
LA ABSORCIÓN DEL ANESTÉSICO LOCAL Y PERMITEN QUE CONTINÚE
EN DICHO SITIO.

ADRENALINA.

LA ADICIÓN DE ADRENALINA A SOLUCIONES DE ANESTÉ-----
SICOS, ES EL MÉTODO MÁS EMPLEADO PARA AUMENTAR LA POTEN--
CIA DE LOS MISMOS, PERO NO HAY QUE OLVIDAR QUE CON LA PO-
TENCIA AUMENTA LA TOXICIDAD.

SE HA DEMOSTRADO QUE AL AÑADIR ADRENALINA A LA PRO--
CAÍNA EN SOLUCIÓN AUMENTA TRES VECES SU TOXICIDAD. LA -
ADRENALINA AUMENTA EN FORMA SEMEJANTE LA TOXICIDAD DE LA-
PIPEROCAÍNA; NO OBSTANTE AL AÑADIRLA A TRETACAÍNA Y DIBU-

CAÍNA DISMINUYE LA TOXICIDAD DE ESTAS SUBSTANCIAS.

COCAINA.

ESTE AGENTE ANESTÉSICO TIENE ACCIÓN VASOCONSTRICTORA INTRÍNSECA. PUEDE UTILIZARSE CON VENTAJA DICHA PROPIEDAD PARA CONTRAER LAS MUCOSAS.

COBEFRINA.

SUSTITUTIVO SINTÉTICO DE LA ADRENALINA QUE SE EMPLEA PARA PROLONGAR LA ABSORCIÓN DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES. SE CONSIDERA QUE TIENE UN QUINTO DE LA ACCIÓN PRESORA DE LA ADRENALINA Y EN CONSECUENCIA MENOS REACCIONES SECUNDARIAS. ES MEJOR EMPLEAR ESTE FÁRMACO Y NO LA ADRENALINA EN PACIENTES QUE SE SABE SON SUSCEPTIBLES A LA ACCIÓN DE LA ADRENALINA.

FÁRMACOS VARIOS.

LOS COLORANTES DEL TIPO DEL AZUL DE METILENO POTENCIAN LA ACCIÓN DE LA PROCAÍNA; EL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO AUMENTA LA ACTIVIDAD DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES PERO PRODUCE DOLOR EN EL POSOPERATORIO.

LAS PROTEÍNAS POTENCIAN TAMBIÉN LA ACCIÓN DE LOS ---

ANESTÉSICOS LOCALES, AL IGUAL QUE LOS HACEN ALGUNAS PURINAS, COMO CAFEÍNA Y TEOBROMINA.

SE HA EMPLEADO COMO VEHÍCULO EL PROPILENGLICOL Y SE SABE QUE PROLONGA LA ACCIÓN ANESTÉSICA.

SOLUCIONES OLEOSAS.

LAS SOLUCIONES DE AGENTES ANESTÉSICOS EN ACEITES --- VEGETALES RETARDAN LA ABSORCIÓN. POR LO REGULAR EL ANESTÉSICO ES LIBERADO LENTAMENTE Y CON ELLO EL NERVI^O ESTÁ EXPUESTO A CONCENTRACIÓN CONTÍNUA Y UNIFORME DEL MISMO.

ENTRE LOS VEHÍCULOS OLEOSOS EMPLEADOS ESTÁN EL ACEITE DE SEMILLA DE ALGODÓN, EL ACEITE DE OLIVA, EL ACEITE DE AJONJOLÍ Y DE CACAHUATE.

HIALURONIDASA.

ESTE AGENTE ACTÚA AL REFORZAR LA CAPACIDAD DE DIFUSIÓN DEL AGENTE ANESTÉSICO.

PRECAUCIONES.

LA INCIDENCIA DE DAÑO A LOS NERVIOS PERIFÉRICOS, NO ES MAYOR CON UN VASOCONSTRUCTOR QUE CON SOLUCIONES SIM---

PLES.

LOS ANESTÉSICOS LOCALES NO AUMENTAN LA ACCIÓN HEMOSTÁTICA DE LOS VASOCONSTRICTORES.

SE DEBE RECORDAR QUE LA ADRENALINA PRODUCE TRASTORNOS DEL RITMO CARDÍACO. EN PACIENTES CARDIÓPATAS SE PUEDEN ADMINISTRAR PEQUEÑAS DOSIS DE EPINEFRINA. NO DEBEN UTILIZARSE AMINAS PRESORAS EN OPERATORIA DENTAL CUANDO EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL.

EN OPERATORIA DENTAL SE DEBEN UTILIZAR SOLUCIONES ANESTÉSICAS CON MÍNIMA CANTIDAD DE VASOPRESOR.

OBSERVAR AL PACIENTE EN ESTADOS DE TEMOR, PUES DEBE RECORDARSE QUE CON EL MIEDO SE LIBERA DE LA SANGRE GRAN CANTIDAD DE CATECOLAMINAS.

H. ANESTÉSICOS LOCALES MÁS USADOS.

1. COCAINA. TOXICIDAD GENERAL: 4.2 VECES MAYOR QUE LA PROCAÍNA. BAJO ÍNDICE ANESTÉSICO POR INFILTRACIÓN, NO SE NECESITA EMPLEAR AL ADRENALINA. PARA ANESTESIA SUPERFICIAL DE MUCOSAS.
2. CLORHIDRATO DE PIPEROCAINA (METICAINA): SU TOXI

CIDAD GENERAL ES ALGO MAYOR QUE LA PROCAÍNA AL-
IGUAL QUE SU POTENCIA.

3. CLORHIDRATO DE HEXILCAINA (CICLAINA). TIENE UNA
POTENCIA DE CUATRO A OCHO VECES MÁS QUE LA PRO-
CAÍNA, MUY ÚTIL EN ANESTESIA LOCAL.
4. PROCAINA. (NOVOCAINA Y NEOCAINA). ES EL MÁS -
EMPLEADO, ES EL FÁRMACO PATRÓN CON EL QUE SE MI-
DEN POTENCIA Y TOXICIDAD.
5. CLOROPROCAINA. SU POTENCIA ES DE 2.4 VECES MA--
YOR QUE LA PROCAÍNA Y ES MENOR SU TOXICIDAD.
6. CLORHIDRATO DE PIRIDOCAINA. (LUCAINA). SU PO-
TENCIA Y TOXICIDAD ES MÁS O MENOS EL DOBLE DE -
LA PROCAÍNA.
7. CLORHIDRATO DE TETRACAINA. (PENTOCAINA). SU -
TOXICIDAD ES DE 12 A 20 VECES MAYOR QUE EL DE -
LA PROCAÍNA.
8. SULFATO DE BUTACAINA (BUTINA). SU TOXICIDAD ---
GENERAL ES DE 9 VECES MAYOR QUE EL DE LA PRO---
CAÍNA, SU POTENCIA ES TRES VECES MAYOR QUE LA -
PROCAÍNA.
9. INTRACAINA. TOXICIDAD GENERAL 1.42.; POTENCIA -

5.5.

10. BENZOCAÍNA Y BUTESINA. MUY UTILIZADOS EN ANESTÉSICOS TÓPICOS Y SE EMPLEAN EN POMADAS Y SUPPOSITARIOS ANESTÉSICOS.
11. DUBUCAÍNA. (PERCAINA Y NUPERCAINA). SU TOXICIDAD GENERAL ES DE 16 VECES MAYOR QUE LA DE PROCAÍNA Y SU POTENCIA ES DE 22 VECES MAYOR -- QUE LA DE PROCAÍNA.
12. LIDOCAÍNA. (XILOCAÍNA). TOXICIDAD GENERAL DE UN QUINTO DE LA TOXICIDAD DE LA COCAÍNA Y 1.5- VECES LA DE LA PROCAÍNA, SU POTENCIA ES TRES - VECES MAYOR QUE LA PROCAÍNA..
13. MEPIVACAÍNA (CARBOCAÍNA). SU TOXICIDAD GENERAL ES DE 0.75 DE LA PROCAÍNA, SU POTENCIA DE 2.4- VECES QUE LA DE LA PROCAÍNA.
14. PROPITOCAÍNA. (CITANEST). SU TOXICIDAD GENERAL ES DE 60% DE LA TOXICIDAD DE LA LIDOCAÍNA. SU POTENCIA QUIZA ES UN POCO MAYOR QUE LA DE LIDOCAÍNA.

CAPÍTULO II

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

TODAVÍA NO SE CONOCEN BIEN LOS MECANISMOS BÁSICOS DEL BLOQUEO NERVIOSO PRODUCIDO POR LOS ANESTÉSICOS LOCALES, TEMA QUE CONTINÚA SIENDO MOTIVO DE ABUNDANTE TRABAJO EXPERIMENTAL Y ORIGEN DE NUMEROSAS TEORÍAS.

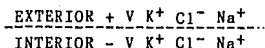
CIERTAS FIBRAS NERVIOSAS SON MÁS SUSCEPTIBLES QUE --- OTRAS A LA ACCIÓN DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES, SE HA COMPROBADO QUE CUANTO MENOR ES LA SECCIÓN DE LA FIBRA, MENOR ES LA CONCENTRACIÓN DE ANESTÉSICOS NECESARIA PARA BLOQUEAR LA CONDUCCIÓN. LAS FIBRAS NERVIOSAS SE CLASIFICAN EN TRES GRUPOS PRINCIPALES: FIBRAS A O FIBRAS NERVIOSAS SOMÁTICAS MIELÍNICAS (DIÁMETRO DE 1-20 MICRAS), FIBRAS B O FIBRAS MIELÍNICAS PREGANFLIONARES DEL SISTEMA VEGETATIVO (DIÁMETRO DE 1-3 MICRAS) FIBRAS C O FIBRAS SOMÁTICAS O VEGETATIVAS NO MIELÍNICAS (DIÁMETRO DE HASTA 1 MICRA). LOS IMPULSOS DOLOROSOS PROCEDENTES DE LAS TERMINACIONES NERVIOSAS CUTÁNEAS SE TRANSMITEN PROBABLEMENTE POR LAS FIBRAS C NO MIELÍNICAS Y LAS FIBRAS A DE MENOR TAMAÑO. POR TANTO, ES POSIBLE ESCOGER UNA CONCENTRACIÓN DE ANESTÉSICO LOCAL QUE PROPORCIONE UN BLOQUEO COMPLETO DE LAS FIBRAS DOLOROSAS SIN PERTURBAR LA TRANSMISIÓN POR LAS FIBRAS MOTORAS MAYORES (FIBRAS A). TAMBIÉN SE CONSERVA GENERALMENTE EL-

SENTIDO DEL TACTO, PUESTO QUE LAS FIBRAS A DE MAYOR TAMAÑO PROCEDEN DE LOS TERMINALES TÁCTILES Y PROPRIOCEPTIVOS.

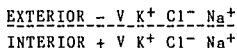
LA FIBRA NERVIOSA CONSISTE DE UN CILINDRO DE CITOPLASMA SEMILÍQUIDO "AXOPLASMA" LIMITADO POR UNA MEMBRANA ESPECIALIZADA DE LÍPIDOS Y PROTEÍNAS, QUE TAL VEZ NO TENGAN MÁS DE DOS MOLÉCULAS DE ESPESOR, DENOMINADA MEMBRANA PLASMÁTICA. EN LOS NERVIOS MIELÍNICOS DEL AXÓN ESTÁ SEPARADO DEL NEURILEMA POR UNA VAINA DE SUSTANCIA LÍPIDA (MIELINA).

EN ESTADO DE REPOSO HAY UNA DIFERENCIA DE POTENCIAL ENTRE EL INTERIOR Y EL EXTERIOR DE LA MEMBRANA PLASMÁTICA: EL PRIMERO ESTÁ CARGADO NEGATIVAMENTE Y EL SEGUNDO POSITIVAMENTE. ESTO SE DEBE A UNA DISTRIBUCIÓN ASIMÉTRICA DE IONES A CADA LADO DE LA MEMBRANA PLASMÁTICA, DETERMINADAS POR UN MECANISMO ACTIVO DE EXTRACCIÓN DE IONES NA QUE SE CONOCE CON EL NOMBRE DE "BOMBA DE SODIO".

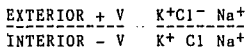
EN LOS SIGUIENTES ESQUEMAS, ADAPTADOS DE GRAY Y GEDDES, SE MUESTRA LA RELACIÓN IÓNICA Y EL CURSO DE LOS ACONTECIMIENTOS QUE SIGUEN AL PASO DE UN IMPULSO A LO LARGO DE UN NERVIO.



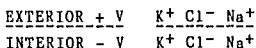
FASE DE REPOSO.- LA EXPULSIÓN ACTIVA DE IONES Na^+ HACE QUE EL EXTERIOR DE LA FIBRA ESTÉ POSITIVAMENTE CARGADO.



FASE DE PESO DEL IMPULSO.- LOS IONES Na^+ PASAN AL INTERIOR DE LA FIBRA, QUE QUEDA POSITIVAMENTE CARGADO MIENTRAS QUE EL EXTERIOR SE CARGA NEGATIVAMENTE.



FASE DE NEUTRALIZACIÓN. LOS IONES K^+ PASAN DEL INTERIOR AL EXTERIOR DE LA FIBRA Y NEUTRALIZAN LA DIFERENCIA - POTENCIAL ENTRE AMBOS LADOS.



FASE DE RESTAURACIÓN.- LOS IONES K^+ VUELVEN A ENTRAR EN LA FIBRA Y LOS IONES Na^+ SON EXPULSADOS, RESTAURÁNDOSE ASÍ LAS CONDICIONES IÓNICAS DE LA FASE DE REPOSO.

EN LOS NERVIOS MIELÍNICOS ESTA MIGRACIÓN IÓNICA SÓLO OCURRE EN LOS NÓDULOS DE RANVIER (CONSTRICCIONES QUE PRE-

SENTAN ESTOS NERVIOS A INTERVALOS DE UN MILÍMETRO APROXIMADAMENTE) Y LOS POTENCIALES PRODUCIDOS EN UN NÓDULO SE PROPAGAN AL PRÓXIMO. LOS ANESTÉSICOS LOCALES SÓLO SON EFICACES A NIVEL DE ESTOS NÓDULOS, DONDE HAY PRUEBAS DE QUE ESTABILIZAN LA MEMBRANA PLASMÁTICA EN LO REFERENTE A LA PERMEABILIDAD IÓNICA Y DE ALGUNA FORMA, TODAVÍA NO BIEN COMPRENDIDA, IMPIDEN LA MIGRACIÓN IÓNICA ESENCIAL PARA LA CONDUCCIÓN DE UN IMPULSO.

EN LA TRANSMISIÓN MIONEURAL O GANGLIONAR SE LIBERA ACETILCOLINA CUANDO UN IMPULSO LLEGA A LA SINÁPSIS O PLACA TERMINAL. ESTA ALTERA LAS CARACTERÍSTICAS DE PERMEABILIDAD DEL ÁREA Y PERMITE LA DESPOLARIZACIÓN RESPONSABLE DE LA TRANSMISIÓN DEL IMPULSO. NACHMANSOHN HA SUGERIDO QUE LA ACETILCOLINA PUEDE INTERVENIR EN LA CONDUCCIÓN DEL IMPULSO POR LA FIBRA NERVIOSA, PUESTO QUE REACCIONA CON LA FOSFOCREATINA, DISPARANDO ASÍ LA RECCIÓN EN CADENA DE ADENILFOSFATO, EN LA QUE SE LIBERA ENERGÍA QUE SIRVE DE ESTÍMULO PARA LIBERAR MÁS ACETILCOLINA EN LAS ÁREAS VECINAS.

LOS ANESTÉSICOS LOCALES TIENEN UNA ESTRUCTURA SIMILAR A LA DE LA ACETILCOLINA Y, POR TANTO, PUEDEN COMPETIR CON LAS ENZIMAS ESPECÍFICAS EN ESTA RECCIÓN EN CADENA Y BLOQUEAR EL PASO DEL IMPULSO.

CAPÍTULO III

SINÓPSIS ANATÓMICA DEL NERVIOS TRIGÉMINO.

EL NERVIOS TRIGÉMINO ES UN NERVIOS MIXTO INTEGRADO POR-UNA PORCIÓN MOTORA DE MENOR TAMAÑO, PORTIO MAJOR. ESTA -ULTIMA POSEE UN GANGLIO DE GASSER, QUE OCUPA LA IMPRESIÓN-TRIGEMINAL (FOSA DEL GANGLIO DE GASSER) EN EL PISO DE LA -FOSA CEREBRAL MEDIA. DEL GANGLIO DE GASSER SE DESPRENDEN LAS TRES GRANDES RAMAS DE ESTE NERVIOS:

1. EL NERVIOS OFTÁLMICO
2. EL NERVIOS MAXILAR SUPERIOR
3. EL NERVIOS MAXILAR INFERIOR.

NERVIOS OFTÁLMICO.

EL NERVIOS OFTÁLMICO ES ENTERAMENTE SENSITIVO.

SE INTRODUCE EN LA ÓRBITA A TRAVÉS DE LA HENDIDURA ES FENOIDAL Y UNA VEZ EN ELLA SE DIVIDE EN TRES RAMAS:

1. NERVIOS LAGRIMAL, QUE DA RAMAS A LA CONJUNTIVA OCULAR, INERVA UNA PEQUEÑA ZONA DE PIEL EN EL ÁNGULO EXTERNO-

DEL OJO Y LA GLÁNDULA LAGRIMAL.

2. NERVIOS NASOCILIAR QUE SIGUE EN TRAYECTO HACIA LA LÍNEA MEDIA Y VA A INERVAR LA MUCOSA DE LA PORCIÓN ANTERO-SUPERIOR DE LAS FOSAS NASALES, LA PIEL DEL DORSO DE LA NARIZ Y LA DEL ÁNGULO INTERNO DEL OJO Y

3. NERVIOS FRONTAL, EL CUAL CORRE INMEDIATAMENTE DEBAJO DEL TECHO DE LA ÓRBITA, DIVIDIÉNDOSE LUEGO EN FRONTAL EXTERNO Y FRONTAL INTERNO QUE INERVA LA PIEL DEL PÁRPADO SUPERIOR Y DE LA REGIÓN FRONTAL HASTA EL CUERO CABELLUDO.

NERVIOS MAXILAR SUPERIOR.

EL NERVIOS MAXILAR SUPERIOR ES PURAMENTE SENSITIVO. ATRAVIEZA EL AGUJERO REDONDO MAYOR PARA LUEGO PENETRAR EN LA FOSA PTÉRIGO-MAXILAR EN DONDE SE DIVIDE. ENTRE SUS RAMAS PODEMOS ENUMERAR:

1. EL NERVIOS ORBITARIO, QUE ENTRA EN LA ÓRBITA A TRAVÉS DE LA HENDIDURA ESFENOMAXILAR SE DIRIGE HACIA ADELANTE PEGADO A LA PARED EXTERNA DE ÉSTA, PARA LUEGO DAR DOS RAMAS QUE INERVAN LA PIEL DE LA PORCIÓN ANTERIOR DE LA SIEN-Y LA CERCANÍA DEL ÁNGULO EXTERNO DEL OJO;

2. LAS RAMAS NASALES POSTERIORES, QUE INERVAN LA PORCIÓN POSTERIOR DE LA MUCOSA DE LAS FOSAS NASALES. -- UNA DE ESTAS RAMAS, EL NERVI RASOPALATINO, SE DIRIGE --- HACIA ADELANTE Y ABAJO EN EL SÉPTUM PARA LUEGO, A TRAVÉS- DEL AGUJERO INCISIVO, DIVIDIRSE E INERVAR LA PORCIÓN ANTE RIOR DEL PALADAR DURO Y LA REGIÓN ADYACENTE DE LA ENCÍA;

3. EL NERVI PALATINO ANTERIOR, QUE ATRAVIEZA EL CON- DUCTO PALATINO POSTERIOR DANDO RAMAS A LA MUCOSA DEL PALA- DAR DURO Y LA PORCIÓN PALATINA DE LA ENCÍA;

4. EL NERVI INFRAORBITARIO, CONTINUACIÓN DIRECTA -- DEL NERVI MAXILAR SUPERIOR. DESPUÉS DE ATRAVESAR LA -- ESFENOMAXILAR, CORRE EN EL PISO DE LA ÓRBITA FORMANDO LOS NERVIOS ALVEOLARES DE LA MANDÍBULA SUPERIOR Y DE LA EN--- CÍA, PARA LUEGO SALIR A TRAVÉS DEL AGUJERO INFRAORBITARIO Y DAR RAMAS A LA PIEL SITUADA ENTRE LA HENDIDURA PALPE--- BRAL Y LAS VENTANAS NASALES.

NERVI MAXILAR INFERIOR.

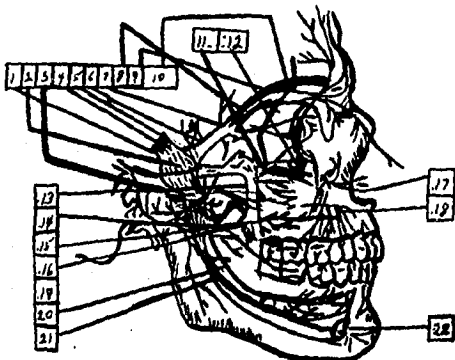
EL NERVI MAXILAR INFERIOR ES UN NERVI MIXTO CON -- PREDOMINANCIA SENSITIVA. SALE DEL CRÁNEO A TRAVÉS DEL - AGUJERO OVAL Y LLEGA A LA FOSA INFRATEMPORAL DONDE DA SUS PRIMERAS RAMAS MOTORAS PARA LAS MÚSCULOS MASTICADORES Y -

Y UNA RAMA SENSITIVA, EL NERVI^O BUCAL, QUE SIGUE UN TRAYEC^O HACIA ABAJO POR LA CARA INTERNA DEL MÚSCULO BUCINADOR, - AL CUAL ATRAVIESA CON NUMEROSAS RAMAS QUE VAN A INERVAR LA ENCÍA COMPRENDIDA ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y EL SEGUNDO PREMOLAR. LUEGO EL NERVI^O MAXILAR INFERIOR SE DIVIDE EN LAS SIGUIENTES RAMAS SENSITIVAS:

1. EL NERVI^O AURÍCULOTEMPORAL, QUE ESTÁ EN UN PRINCIPIO LOCALIZADO POR DENTRO DEL CUELLO DEL CÓNDILO DEL MAXILAR INFERIOR Y LUEGO SE DIRIGE INMEDIATAMENTE HACIA ARRIBA PARA SEGUIR POR DELANTE DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO E -- INERVAR LA PIEL DE LA SIEN, CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y -- PARTE DE LA CONCHA;

2. NERVI^O LINGUAL, QUE AL PRINCIPIO SE DIRIGE HACIA -- ABAJO ENTRE LA RAMA DEL MAXILAR INFERIOR Y EL MÚSCULO PTERIGOIDEO INTERNO, PARA LUEGO, DESPUÉS DE DOBLARSE EN UN -- ARCO CONVEXO HACIA ABAJO Y ATRÁS, PENETRAR EN LA LENGUA -- DESDE ABAJO E INERVAR SU PORCIÓN CORPORAL; 3.- EL NERVI^O -- ALVEOLAR INFERIOR, QUE CORRE AL PRINCIPIO PEGADO DETRÁS -- DEL NERVI^O LINGUAL Y LUEGO SE INTRODUCE EN EL ORIFICIO DEL CONDUCTO DENTAL INFERIOR PARA SEGUIR EN EL CONDUCTO DEL -- MISMO NOMBRE Y DAR RAMOS A LA DENTADURA Y ENCÍA DEL MAXILAR INFERIOR. UNA RAMA COLATERAL, EL NERVI^O MENTONIANO,-

SALE ATRAVÉS DEL AGUJERO MENTONIANO PARA INERVAR LA PIEL -
DEL LABIO INFERIOR Y DEL MENTÓN.



- | | |
|---|---|
| 1. NERVIO TRIGÉMINO. | 12. RAMOS ALVEOLARES ANTERO-SUPERIORES. |
| 2. GANGLIO DE GASSER. | 13. RAMAS ALVEOLARES POSTERIO-RUPERIORES. |
| 3. NERVIO MAXILAR INFERIOR Y AGUJERO OVAL. | 14. NERVIO BUCAL. |
| 4. NERVIO MAXILAR SUPERIOR Y AGUJERO REDONDO MAYOR. | 15. RAMAS NASALES POSTERIO--RES. |
| 5. NERVIO OPTALMICO Y HENDI-DURA ESPENOIDAL. | 16. NERVIO PALATINO ANTERIOR |
| 6. NERVIO NASAL. | 17. NERVIO INFRAORBITARIO. |
| 7. NERVIO FRONTAL. | 18. NERVIO NASOPALATINO. |
| 8. NERVIO LAGRIMAL. | 19. NERVIO AURÍCULO TEMPORAL |
| 9. NERVIO FRONTAL EXTERNO | 20. NERVIO LINGUAL. |

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 10. NERVIO ORBITARIO INTERNO | 21. NERVIO ALVEOLAR INFERIOR |
| 11. NERVIO ORBITARIO. | 22. NERVIO MENTONIANO. |

NERVIO TRIGEMINO

5o PAR CRANEAL

CAPÍTULO IV

TÉCNICAS.

A. SUPRAPERIÓSTICA.

EN OPERATORIA DENTAL, TRATÁNDOSE DE LOS DIENTES DEL -
MAXILAR SUPERIOR, SE UTILIZA LA ANESTESIA POR INFILTRACIÓN
O INYECCIÓN SUPRAPERIÓSTICA.

LOS ÁPICES DE LOS INCISIVOS, CANINOS Y PREMOLARES DE-
ENCUENTRAN UBICADOS EN HUESO MUY DELGADO Y POROSO. . CUAN-
DO SE VA A TRATAR UN DIENTE, LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA SE DI-
FUNDE A TRAVÉS DEL PERIOSTICO, LA PORCIÓN CORTICAL Y EL --
HUESO, LLEGANDO FINALMENTE AL NERVIÓ. POR ESTE MEDIO SE-
ANESTESIA LA PULPA DENTARIA Y TEJIDOS BLANDOS DEL LADO ---
LABIAL.

SE HACE MENCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOGINGIVAL O MUCO----
LAVIAL, DIRIGIENDO LA AGUJA HACIA ARRIBA, CUIDANDO DE NO -
LESIONAR EL PERIOSTIO. EL TIEMPO DE ANESTESIA ES CORTO,-
DANDO OPORTUNIDAD PARA REALIZAR UNA RESTAURACIÓN.

NOTA: DEBE RECORDARSE QUE EN CUALQUIER TÉCNICA DE INYECCIÓN ANESTÉSICA, ÉSTA DEBE ADMINISTRARSE LENTAMENTE. SE RECOMIENDA TAMBIÉN, SECAR LA SUPERFICIE DE PUNCIÓN, APLICANDO UN ANTISÉPTICO; EN ESTE CASO, EL PACIENTE NO CERRARÁ LA BOCA HASTA DESPUÉS DE REALIZADA LA INYECCIÓN ANESTÉSICA.

RAMAS ALVEOLARES SUPERIORES. (SINOPSIS ANATÓMICA).

LAS RAMAS ALVEOLARES SUPERIORES, SE DESPRENDEN DEL NERVIO INFRAORBITARIO. ANTES DE QUE ÉSTE ATRAVIESE LA HENDIDURA ESFENOMAXILAR, DA ORIGEN A LAS RAMAS ALVEOLARES POSTEROSUPERIORES, QUE CORREN EN LA SUPERFICIE DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR Y PENETRAN EN ELLA PARA INERVAR LOS MOLARES SUPERIORES.

DURANTE SU TRAYECTO POR EL CONDUCTO INFRAORBITARIO, EL NERVIO INFRAORBITARIO DA ORIGEN A LA RAMA ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO Y A VARIAS RAMAS ANTERIORES, INERVANDO LOS PREMOLARES, CANINOS E INCISIVOS SUPERIORES.

1. NERVIO ALVEOLAR SUPEROPOSTERIOR.

LAS RAMAS ALVEOLARES SUPERIORES POSTERIORES SE BLOQUEAN HACIENDO PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOGINGIVAL, SOBRE-

EL SEGUNDO MOLAR.

SE DIRIGE LA AGUJA HACIA ARRIBA Y ATRÁS. ANATÓMICAMENTE, POR DETRÁS DE A LA CRESTA INFRACIGOMÁTICA E INMEDIAMENTE DISTAL AL SEGUNDO MOLAR. SE DIRIGE LA AGUJA HACIA EL TUBÉRCULO MAXILAR DE TAL MANERA QUE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA QUEDE DEPOSITADA SOBRE LOS ÁPICES DEL TERCER MOLAR. SE INYECTAN DE 1 A 2 ml. DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA, QUE ES SUFICIENTE PARA OPERATORIA DENTAL, PUESTO QUE SE ANESTESIA EL TERCERO, SEGUNDO MOLAR Y RAÍZ DISTAL Y PALATINA DEL PRIMER MOLAR.

SI SE DESEA ADEMÁS, LA ANESTESIA DEL PRIMER MOLAR SE REALIZA OTRA INYECCIÓN SUPRAPERIÓSTICA SOBRE EL ÁPICE DE LA RAÍZ DEL SEGUNDO PREMOLAR.

2. NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO.

EN ESTA TÉCNICA DEBE PALPARSE CUIDADOSAMENTE EL HUESO DE ESTA ZONA PARA DETERMINAR SU CONTORNO, PARA QUE LA AGUJA QUEDE COLOCADA DEBIDAMENTE.

ESTA TÉCNICA, ANESTESIA EL PRIMERO Y SEGUNDO PREMOLARES, ASÍ COMO LA RAÍZ MESIAL DEL PRIMER MOLAR. SE HACE PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOBUCAL POR ENCIMA DEL PRIMER PRE-

MOLAR, Y SE DIRIGE LA AGUJA HACIA ARRIBA, TRATANDO DE QUE LA AGUJA LLEGUE UN POCO MAS ARRIBA DEL ÁPICE DEL PRIMER -- PREMOLAR. TAMBIÉN PUEDE HACERSE SOBRE EL SEGUNDO PRE--- MOLAR. SE INYECTAN DE 1 A 2 ml. DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA - QUE ES SUFICIENTE PARA OPERATORIA DENTAL.

3. NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR.

SE PRACTICA EN CANINOS. SE HACE LA PUNCIÓN EN EL -- PLIEGUE MUCOLABIAL TOMANDO COMO PUNTO DE REFERENCIA, LA -- LÍNEA MEDIA DE LA CORONA DEL INCISIVO LATERAL, INCLINANDO LA AGUJA HACIA DISTAL; DIRIGIENDO LA AGUJA, POR LO TANTO, - HACIA ARRIBA Y ATRÁS Y POR ENCIMA DE LA EMINENCIA CANINA, - QUE SE ENCUENTRA LIGERAMENTE POR ARRIBA DEL PISO NASAL. - SE AVANZA LA AGUJA HASTA LLEGAR UN POCO POR ENCIMA DEL --- ÁPICE EN LA RAIZ DEL CANINO, SE INYECTA DE 1 A 2 ml. DE -- SOLUCIÓN ANESTÉSICA. SI SE PRACTICA ESTA TÉCNICA EN ---- AMBOS CANINOS, SE ANESTESIARÁN LOS SEIS DIENTES ANTERIO--- RES. SI SE PRACTICA UNILATERALMENTE, SE ANESTESIARÁN LOS INCISIVOS Y CANINOS CORRESPONDIENTES. ANESTESIA SUFICIENTE EN OPERATORIA DENTAL.

4. INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES.

ESTA TÉCNICA SE UTILIZA CUANDO SE NECESITA INTERVENIR

SOBRE UNO DE LOS INCISIVOS CENTRALES. SE HACE PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOLABIAL. AQUÍ PODEMOS TOMAR COMO PUNTO DE REFERENCIA LA LÍNEA MEDIA DEL DIENTE, DIRIGIENDO LA AGUJA HACIA ARRIBA, O BIEN, TOMANDO COMO REFERENCIA LAS CORONAS DEL CENTRAL Y EL LATERAL, INCLINANDO LA AGUJA HACIA LA --- LÍNEA MEDIA DEL INCISIVO CENTRAL.

SE LLEVA LA AGUJA UN POCO POR ENCIMA DEL ÁPICE DEL -- INCISIVO CENTRAL, DEPOSITANDO GOTA A GOTA DE 1 A 2 ml. DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA QUE ES SUFICIENTE PARA OPERATORIA DENTAL.

5. INCISIVOS LATERALES SUPERIORES.

ANTES DE HACER PUNCIÓN, SE DEBE PALPAR LA ZONA PARA - DETERMINAR EL CONTORNO ÓSEO. SE HACE PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOLABIAL Y POR ENCIMA DEL INCISIVO LATERAL. SE TOMA COMO PUNTO DE REFERENCIA LA CORONA DEL INCISIVO CENTRAL DIRIGIENDO LA AGUJA HACIA ARRIBA Y LIGERAMENTE HACIA ----- ATRÁS, LLEGANDO LIGERAMENTE POR ENCIMA DEL ÁPICE DE LA --- RAIZ QUE SE ENCUENTRA EN LA FOSA INCISIVA, DEPOSITANDO DE 1 A 2 ml. DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA QUE ES SUFICIENTE PARA -- OPERATORIA DENTAL

6. CANINO SUPERIOR.

SE HACE PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOLABIAL TOMANDO COMO REFERENCIA LA LÍNEA MEDIA DE LA CORONA DEL INCISIVO -- LATERAL, DIRIGIENDO LA AGUJA HACIA ARRIBA Y HACIA ATRÁS, -- POR ENCIMA DE LA EMINENCIA CANINA HASTA LLEGAR UN POCO -- POR ENCIMA DEL APICE DE LA RAÍZ DEL CANINO, QUE SE ENCUENTRA LIGERAMENTE POR ARRIBA DEL PISO NASAL. SE INYECTA -- DE 1 A 2 ml. DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA QUE DEBE SER GOTTA A -- GOTTA Y QUE ES SUFICIENTE PARA OPERATORIA DENTAL. ANTES -- DE REALIZAR ESTA TÉCNICA DEBE PALPARSE LA ZONA PARA DETERMINAR EL CONTORNO DEL HUESO Y LA EMINENCIA CANINA.

7. PRIMER PREMOLAR SUPERIOR.

SE HACE PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOBUCAL, TOMANDO COMO REFERENCIA LA LÍNEA MEDIA DE LA CORONA DE LA PIEZA --- DIRIGIENDO LA AGUJA HACIA ARRIBA, DEPOSITANDO LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA LIGERAMENTE POR ENCIMA DEL ÁPICE.

SE INYECTAN DE 1 A 2 ml. DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA QUE ES SUFICIENTE PARA OPERATORIA DENTAL. DEBE RECORDARSE -- QUE ESTA TÉCNICA ANESTESIA TAMBIÉN EL SEGUNDO PREMOLAR Y -- LA RAÍZ MESIAL DEL PRIMER MOLAR, DEBIDO A QUE BLOQUEA EL -- NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO.

8. SEGUNDO PREMOLAR Y RAÍZ MESIAL DEL PRIMER MOLAR.

SE HACE PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOLABIAL TOMANDO COMO PUNTO DE REFERENCIA LA LÍNEA MEDIA DE LA CORONA DEL PRE---MOLAR, SE DIRIGE LA AGUJA HACIA ARRIBA Y LIGERAMENTE HACIA ATRÁS, LLEGANDO CERCA DEL ÁPICE DE LA RAÍZ DEL SEGUNDO PRE MOLAR CON EL FIN DE QUE EL EFECTO ANESTÉSICO ALCANCE LA --RAÍZ MESIAL DEL PRIMER MOLAR. ESTO SE HACE DEBIDO A QUE LA RAÍZ MESIAL DEL PRIMER MOLAR SE ENCUENTRA EN LA APÓ---FISIS CIGOMÁTICA DEL MAXILAR SUPERIOR. EL CONTORNO ÓSEO ES TAL, QUE RESULTA DIFÍCIL LLEGAR POR ENFIMA DE ESTA ----RAÍZ.

SE INYECTA DE 1 A 2 ml. DE ANESTÉSICO QUE ES SUFICIENTE EN OPERATORIA DENTAL.

INCISIVOS INFERIORES.

NOTA ACLARATORIA: LA DENSIDAD COMPACTA DEL TEJIDO --ÓSEO DEL MAXILAR INFERIOR HACE QUE LA INYECCIÓN SUPRAPE---RIÓSTICA EN ESTA REGIÓN, NO RESULTE SATISFACTORIA, RETAR--DANDO LA ACCIÓN ANESTÉSICA.

VARIOS AUTORES NO RECOMIENDAN ESTA TÉCNICA DEBIDO A - QUE ESTA ZONA ES MUY VASCULARIZADA. OPINAN QUE SI EL ---

OPERADOR CREE CONVENIENTE UTILIZAR ESTA TÉCNICA, NO DEBE ANESTESIARSE EN EL FONDO DEL SACO (PLIEGUE MUCOLABIAL) POR EL MOTIVO ANTES DICHO; RECOMENDANDO ENTONCES, INYECTAR A UNA ALTURA MEDIA ENTRE LA CORONA DE LA PIEZA Y EL FONDO DEL SACO; AFIRMANDO ADEMÁS, QUE CON FRECUENCIA, LOS INCISIVOS INFERIORES TIENEN RAÍCES CORTAS. SI LA AGUJA SE INTRODUCE DEMASIADO; LA SOLUCIÓN QUEDARÁ DEPOSITADA EN EL MÚSCULO ELEVADOR DEL MENTÓN, NULIFICADO EL EFECTO ANESTÉSICO DESEADO. SUGIEREN EL BLOQUEO DE LA CONDUCCIÓN.

OTROS AUTORES OPINAN QUE PUEDE INYECTARSE EN EL PLIEGUE MUCOLABIAL SIN PRESENTAR PROBLEMAS, Y QUE SE RECOMIENDA EN CASO DE QUE LA TÉCNICA MANDIBULAR O MENTONIANA NO RESULTASE. DE CUALQUIER MANERA EL OPERADOR SERÁ EL ENCARGADO DE ELEGIR LA TÉCNICA QUE CREA CONVENIENTE.

TÉCNICA: SE HACE PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOLABIAL O BIEN, EN LA PARTE MEDIA ENTRE LA CORONA DE LA PIEZA Y EL FONDO DEL SACO, INTRODUCIENDO LA AGUJA CUIDADOSAMENTE HACIA ABAJO HASTA LLEGAR AL ÁPICE DE LA RAÍZ DEL DIENTE.

DEBE RECORDARSE QUE A VECES LOS INCISIVOS INFERIORES TIENEN RAÍCES CORTAS, TENIENDO EL OPERADOR CUIDADO DE NO INTRODUCIR DEMASIADO LA AGUJA Y NULIFICAR CON ELLO EL EFEC

TO ANESTÉSICO.

B. BLOQUEO DE LA CONDUCCIÓN.

SUCEDE CUANDO SE DEPOSITA UN ANESTÉSICO EN UN PUNTO - DEL TRONCO NERVIOSO QUE ESTÁ SITUADO ENTRE EL CAMPO OPERATORIO Y EL CEREBRO, INTERRUMPIENDO ASÍ LA CONDUCCIÓN NERVIOSA Y LA PERCEPCIÓN DOLOROSA.

ESTE TIPO DE BLOQUEO OFRECE VENTAJAS DE GRAN UTILIDAD; COMO ANESTESIAS UNA ZONA EXTENSA QUE SE OBTIENE CON UN MÍNIMO DE INYECCIONES. UTIL CUANDO ESTÁ CONTRAINDICADA LA INYECCIÓN SUPRAPERIÓSTICA. UTIL EN ODONTOPEDIATRÍA, PUES RESULTA EXCELENTE PARA TRABAJOS EN OPETATORIA DENTAL. EN EL CASO DE LOS DIENTES INFERIORES RESULTA TAMBIÉN PREFERIBLE EL BLOQUEO A LA INFILTRACIÓN.

ADEMÁS, SI NO SE REQUIERE EL BLOQUEO COMPLETO DE TODO UN LADO DEL MAXILAR INFERIOR, O BIEN, QUE SE ENCUENTRA CONTRA INDICADO EL BLOQUEO MANDIBULAR; SE PUEDE OBTENER UN BLOQUEO PARCIAL CON LA TÉCNICA MENTONIANA.

EN EL CASO DEL MAXILAR SUPERIOR SI NO SE LOGRA LA ANESTESIA DE UN DIENTE POR VÍA SUPRAPERIÓSTICA, O BIEN QUE SE NECESITA TRABAJAR EN VARIOS DIENTES, LA TÉCNICA INFRA-

ORBITARIA O LA CIGOMÁTICA SON DE GRAN UTILIDAD.

1. BLOQUEO CIGOMÁTICO.

(VER TÉCNICA PARA EL NERVIJO ALVEOLAR SUPEROPOSTERIOR).

NOTA: DEBE MANTENERSE LA AGUJA CERCA DEL PERIOSTIO PARA EVITAR LESIONAR EL PLEXO VENOSO PTERIGOIDEO.

2. BLOQUEO INFRAORBITARIO. (SINOPSIS ANATÓMICA).

EL NERVIJO INFRAORBITARIO ES CONTINUACIÓN DIRECTA DEL NERVIJO MAXILAR SUPERIOR. SE INTRODUCE EN LA ÓRBITA A TRAVÉS DE LA HENDIDURA ESFENOMAXILAR Y CORRE EN EL PISO DE LA MISMA, PRIMERO EN EL SURCO Y LUEGO EN EL CANAL INFRAORBITARIO, PARA LUEGO APARECER EN EL AGUJERO INFRAORBITARIO Y DISTRIBUIRSE POR LA PIEL DEL PÁRPADO INFERIOR, LA PORCIÓN LATERAL DE LA NARIZ Y EL LABIO SUPERIOR ASÍ COMO POR LA MUCOSA DEL VESTÍBULO NASAL. EN EL BLOQUEO QUEDA INVOLUCRADO EL NERVIJO ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR, MEDIO ASÍ COMO SUS RAMAS TERMINALES COMO EL PALPEBRAL INFERIOR, NASAL EXTERNA, NASAL INTERNA Y LABIAL SUPERIOR. TAMBIÉN QUEDA INVOLUCRADO EL NERVIJO ALVEOLAR SUPERIOR POSTERIOR, QUE EMERGE DEL NERVIJO INFRAORBITARIO EN LA PARTE ANTERIOR DEL CANAL INFRAORBITARIO.

TECNICA: SE PALPA CON EL DEDO MEDIO LA PORCIÓN MEDIA DEL BORDE INFERIOR DE LA ÓRBITA Y LUEGO SE DESCENDE CUIDADAMENTE CERCA DE UN CENTÍMETRO POR DEBAJO DE ESTE PUNTO, DONDE POR LO GENERAL SE PUEDE PALPAR EL PAQUETE VASCULO-NERVIOSO QUE SALE POR EL AGUJERO INFRAORBITARIO. MANTENIENDO EL DEDO MEDIO EN EL MISMO LUGAR, SE LEVANTA CON EL PULGAR Y EL ÍNDICE EL ALBIO SUPERIOR Y CON LA OTRA MANO SE INTRODUCE LA AGUJA EN EL REPLIEGUE MUCOBUCAL A NIVEL DEL SEGUNDO PREMOLAR O BIEN, ENTRE LOS INCISIVOS CENTRAL Y LATERAL. SE DIRIGE LA AGUJA HACIA EL PUNTO EN EL CUAL SE HA MANTENIDO EL DEDO MEDIO. AUNQUE NO SE PUEDE PALPAR LA PUNTA DE LA AGUJA, ES POSIBLE SENTIR CON LA PUNTA DEL DEDO COMO LA SOLUCIÓN ES INYECTADA EN LOS TEJIDOS SUBYACENTES. DEBE TENERSE ESPECIAL CUIDADO DE NO INTRODUCIR DEMASIADO LA AGUJA, POR EL PELIGRO DE LLEGAR A LA ÓRBITA. SE INYECTAN DE 1.5 A 2.5 ml. DE ANESTÉSICO QUEDANDO ANESTESIADOS DE UN LADO DE LA LÍNEA MEDIA DEL PACIENTE, LOS INCISIVOS (CENTRAL Y LATERAL), EL CANINO, EL PRIMERO Y SEGUNDO PREMOLARES Y LA RAÍZ MESIOBUCAL DEL PRIMER MOLAR.

ESTA TÉCNICA SE RECOMIENDA CUANDO SE ENCUENTRA CONTRA INDICADA LA VÍA SUPRAPERÍSTICA. AUNQUE EN REALIDAD NO SE UTILIZA CON MUCHA FRECUENCIA EN OPERATORIA DENTAL, EN ALGUNOS PUEDE SER ÚTIL.

3. BLOQUEO MANDIBULAR. (SINOPSIS ANATÓMICA).

EL NERVIJO ALVEOLAR INFERIOR SE DESPRENDE DEL NERVIJO -
MAXILAR INFERIOR CUANDO ÉSTE SE DIVIDE INMEDIATAMENTE POR-
DENTRO DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO Y LUEGO POR FUERA -
DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO MEDIO, ENTRE ÉSTE Y LA RAMA DEL --
MAXILAR INFERIOR. EL NERVIJO ENTRA EN EL ORIFICIO DEL CON-
DUCTO DENTARIO QUE ESTÁ SITUADO MÁS O MENOS EN EL PUNTO ME-
DIO DE LA RAMA Y CORRE EN EL CANAL DEL MISMO NOMBRE HASTA-
EL NIVEL DEL INCISIVO MESIAL; AQUÍ SE DIVIDE DANDO RAMAS -
PARA LOS DIENTES Y ENCÍA DE LA MANDÍBULA.

TECNICA: SE HACE PUNCIÓN EN EL VÉRTICE DEL TRIÁNGULO
PETÉRIGOMANDIBULAR. CON EL DEDO ÍNDICE, SE LOCALIZA LA -
LÍNEA OBLICUA, ES DECIR, EL BORDE INTERNO DE LA RAMA DEL -
MAXILAR INFERIOR. EL TRIÁNGULO PTÉRIGOMANDIBULAR SE EN--
CUENTRA MÁS O MENOS A UN CENTÍMETRO POR ENCIMA DEL PLANO -
OCCLUSAL DEL TERCER MOLAR.

EL CUERPO DE LA JERINGA DEBE ENCONTRARSE DESCANSANDO-
SOBRE LOS PREMOLARES DEL LADO OPUESTO, INTRODUCIENDO LA --
AGUJA PARALELAMENTE AL PLANO OCCLUSAL DE LOS DIENTES DEL --
MAXILAR INFERIOR, EN DIRECCIÓN AL DEDO ÍNDICE Y LA RAMA --
DEL MAXILAR. SE INTRODUCE LA AGUJA ENTRE EL HUESO Y LOS-

MÚSCULOS Y LIGAMENTOS QUE LO CUBREN; SE AVANZA DE 1.5 A 2-cm. APROXIMADAMENTE HASTA CHOCAR CON LA PARED POSTERIOR -- DEL SURCO MANDIBULAR, DEPOSITANDO DE 1.5 A 2 ml. DE ANESTÉSICO. ESTA TÉCNICA PUEDE INVOLUCRAR INDIRECTAMENTE LA -- ANESTESIA DEL NERVIU LINGUAL. QUEDAN ANESTESIADOS TODOS- LOS DIENTES DEL LADO INYECTADO, EXCEPTUANDO LOS DIENTES -- INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES QUE RECIBEN INERVACIÓN DE- LAS FIBRAS DEL LADO OPUESTO. EL EFECTO ANESTÉSICO ES --- SUFICIENTE PARA OPERATORIA DENTAL. EN CASO DE QUE EXISTA DOLOR EN LA INTERVENCIÓN OPERATORIA DE LOS MOLARES INFERIO- RES, SE PUEDE OBTENER ANALGESIA, BLOQUEANDO TAMBIÉN EL NER- VIO BUCAL O BUCINADOR CUYA TÉCNICA SE VERÁ MÁS ADELANTE. - DEBE RECORDARSE QUE EN LOS NIÑOS Y ANCIANOS EL AGUJERO DEN- TARIO ES MÁS BAJO, ENCONTRÁNDOSE A NIVEL DE LA SUPERFICIE- DE LOS MOLARES.

4. BLOQUEO MENTONIANO. (SINOPSIS ANATÓMICA).

SE ORIGINA EN EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR A PARTIR- DEL NERVIU ALVEOLAR INFERIOR Y SALE A TRAVÉS DEL AGUJERO - MENTONIANO A LA ALTURA DEL PREMOLAR DISTAL (SEGUNDO PRE--- MOLAR), INERVA LA PIEL Y MUCOSA DEL LABIO INFERIOR Y LA- PIEL DE LA MANDÍBULA.

TECNICA: EL FORÁMEN MENTONIANO SE ENCUENTRA EN EL RE- PLIEGUE INFERIOR DEL VESTÍBULO ORAL POR DENTRO DEL LABIO -

INFERIOR DEL VESTÍBULO ORAL POR DENTRO DEL LABIO INFERIOR E INMEDIATAMENTE POR DETRÁS DEL PRIMER PREMOLAR (MÁS O MENOS POR EL ÁPICE DE LA RAÍZ DEL SEGUNDO PREMOLAR). CON EL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO SE PALPA EL PAQUETE VÁSCULONERVIOSO A SU SALIDA DEL AGUJERO MENTONIANO. EL DEDO SE DEJA ALLÍ EJERCENDO UNA PRESIÓN MODERADA MIENTRAS LA AGUJA SE DIRIGE HACIA DICHO PUNTO, HASTA QUE LA PUNTA DE LA AGUJA SE ENCUENTRE EN LA CERCANÍA DEL PAQUETE VÁSCULONERVIOSO. SE HACE PUNCIÓN ENTRE AMBOS PREMOLARES EN UN PUNTO SITUADO 10 mm. POR FUERA DE LA LÁMINA BUCAL DE LA MANDÍBULA. SE ADMINISTRA DE 1 a 1.5ml. DE ANESTÉSICO. NO SE DEBE INTRODUCIR LA AGUJA AL AGUJERO MENTONIANO, DEBIDO AL RIESGO QUE SE CORRE DE PRODUCIR LESIONES NERVIOSAS CON -- TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD DEL LABIO INFERIOR COMO CON SECUENCIA. SI RESULTARÉ IMPOSIBLE ORIENTARSE ADECUADAMENTE, MUCHAS VECES ES SUFICIENTE CON INYECTAR EL ANESTÉSICO EN EL TEJIDO VECINO A LA FOSA MENTONIANA. EL EFECTO ANESTÉSICO ES SUFICIENTE PARA OPERATORIA DENTAL, YA -- QUE INVOLUCRA INCISIVOS, CANINOS Y PREMOLARES DE UN LADO.

C.- BLOQUEOS COMPLEMENTARIOS.

1.- BLOQUEO BUCAL.

LA PORCIÓN BUCAL DE LOS MOLARES INFERIORES SE ENCUENTRA PARCIALMENTE INERVADO POR EL NERVIIO BUCAL (BUCINADOR)

EL CUAL SE SEPARA DEL NERVIJO MAXILAR UN POCO DESPUÉS DE SU PASO POR EL AGUJERO OVAL. RESULTA MUCHAS VECES EL BLOQUEO DE ESTE NERVIJO PARA LA PREPARACIÓN DE CAVIDADES, CUANDO ÉSTAS SE EXTIENDEN POR DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL.

SE HACE LA PUNCIÓN EN EL PLIEGUE MUCOBUCAL, DETRÁS -- DEL MOLAR QUE SE DESEA ANESTESIAM. SE DIRIGE LA AGUJA -- HACIA ATRÁS Y ABAJO, HASTA LLEGAR POR DETRÁS DE LAS RAÍCES DEL DIENTE. SE ADMINISTRA DE 0.5 A 1 ml. DE ANESTÉSICO, -- QUE ES SUFICIENTE PARA INTERVENCIONES OPERATORIAS.

2. BLOQUEO LINGUAL.

EN REALIDAD NO ES NECESARIA EN OPERATORIA DENTAL PUES SÓLO ES ÚTIL EN EXTRACCIONES DE PREMOLARES, CANINOS E INCISIVOS INFERIORES.

LA ANESTESIA SE PRODUCE, INYECTANDO UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA CUANDO LA AGUJA REBASE LA LÍNEA MILOHIOIDEA (OBLÍCUA) AUNQUE QUEDA INDIRECTAMENTE ANESTESIADA YA QUE AL REALIZAR LA TÉCNICA MANDIBULAR CASI SIEMPRE SE DEJA ANESTÉSICO EN ESA ZONA.

3. BLOQUEO NASOPALATINO.

ES LA MAYOR DE LAS RAMAS NASALES POSTEROSUPERIORES. -

CORRE HACIA ABAJO Y ADELANTE A LO LARGO DEL TABIQUE NASAL, ATRAVIEZA EL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR Y DA RAMAS A LA -- PORCIÓN MÁS ANTERIOR DEL PALADAR DURO Y A LA ENCÍA QUE --- RODEA A LOS INCISIVOS SUPERIORES. ESTA TÉCNICA SE UTILIZA PARA COMPLEMENTAR LA ANESTESIA EN OPERATORIA DENTAL --- CUANDO LA TÉCNICA INFRAORBITARIA O SUPRAPERIÓSTICA HAN --- SIDO INSUFICIENTES.

SE HACE LA PUNCIÓN UN POCO POR FUERA DE LA PAPILA --- INCISIVA, DIRIGIENDO LA AGUJA HACIA ARRIBA Y HACIA LA LÍ-- NEA MEDIA, BUSCANDO AL AGUJERO PALATINO ANTERIOR, SE DEPOSITA EL ANESTÉSICO CERCA DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR,-- ADMINISTRANDO APROXIMADAMENTE 0.5 ml. DEL ANESTÉSICO.

4. BLOQUEO PALATINO POSTERIOR.

LOS DOS TERCIOS POSTERIORES DEL PALADAR SE ENCUENTRAN INERVADOS POR EL PALATINO ANTERIOR Y MEDIO QUE VAN A SALIR POR EL AGUJERO PALATINO POSTERIOR O MAYOR.

SE HACE LA PUNCIÓN EN EL PUNTO MEDIO DE UNA LÍNEA IMA GINARIA QUE VA DESDE EL BORDE GINGIVAL DEL TERCER MOLAR (O DEL SEGUNDO MOLAR), HASTA LA LÍNEA MEDIA, INSERTANDO LA -- AGUJA DESDE EL LADO OPUESTO DE LA BOCA. NO SE DEBE INTRO DUCIR LA AGUJA POR DICHO ORIFICIO, PUESTO QUE SÓLO INTERE-

SA ANESTESIAR EL NERVIO PALATINO ANTERIOR QUE HA SALIDO -- DEL AGUJERO PALATINO POSTERIOR. SE DEPOSITA APROXIMADAMENTE 0.5 ml. DE ANESTÉSICO, SIENDO EFICAZ DESDE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR HASTA LA REGIÓN CANINA.

5. BLOQUEO PALATINO ANTERIOR.

CORRE DESDE LA FOSA PTÉRIGOPALATINA HACIA ABAJO EN EL CANAL DEL CONDUCTO PALATINO POSTERIOR, ATRAVIESA EL AGUJERO PALATINO POSTERIOR PARA APARECER EN EL PALADAR DURO E INERVAR LA MUCOSA DE ESTA REGIÓN Y LA ENCÍA PALATINA CORRESPONDIENTE. SE PUEDE BLOQUEAR EN CUALQUIER PUNTO DE SU RECORRIDO, DESPUÉS QUE HA SALIDO DEL AGUJERO PALATINO POSTERIOR.

SE HACE LA PUNCIÓN, POR LO TANTO, EN CUALQUIER PUNTO DEL RECORRIDO DEL NERVIO DIRIGIENDO LA AGUJA HACIA ARRIBA Y LIGERAMENTE LATERAL. DEBE RECORDARSE QUE LA INSERCIÓN DE LA AGUJA SE HACE EN EL LADO OPUESTO DE LA BOCA. SE ADMINISTRA APROXIMADAMENTE 0.5 ml. DE ANESTÉSICO QUE ES SUFICIENTE PARA OPERATORIA DENTAL, CUANDO PERSISTE ALGUNA SENSACIÓN DOLOROSA DESPUÉS DE HABER APLICADO LAS TÉCNICAS SUPRAPERIÓSTICA O CIGOMÁTICA.

CAPÍTULO V

HISTORIA CLÍNICA.

EN LA PRÁCTICA DENTAL, EL CIRUJANO DENTISTA NO SIEMPRE TOMA PRECAUCIONES, DEJANDO A UN LADO, UN ASPECTO IMPORTANTE: LA HISTORIA CLÍNICA. PARA HACER CON BUEN ÉXITO UNA INTERVENCIÓN DENTAL Y OBTENER BUENOS RESULTADOS PREOPERATORIOS, ES INDISPENSABLE QUE SE TOMA TODA CLASE DE PRECAUCIONES PREOPERATORIAS. CADA DÍA SE RECONOCE CUÁN VENTAJOSO ES PARA EL PACIENTE COMO PARA EL CIRUJANO DENTISTA, HACER DEBIDAMENTE UNA HISTORIA CLÍNICA, Y EN CASOS ESPECIALES EL CONSEJO Y LA COOPERACIÓN DE UN MÉDICO. EL EXAMEN FÍSICO HECHO POR UN MÉDICO COMPETENTE, LE EVITARA AL DENTISTA MOMENTOS DIFÍCILES EN LO QUE PUEDE PARECER UNA INTERVENCIÓN SENCILLA.

ES POR ELLO QUE A CONTINUACIÓN SE DA UNA HISTORIA CLÍNICA TIPO QUE PUEDE SER DE GRAN UTILIDAD.

DATOS PERSONALES: NOMBRE, EDAD, SEXO, ETC.

ANTECEDENTES FAMILIARES. PADECIMIENTOS IMPORTANTES EN
ALGÚN FAMILIAR.

APARATOS Y SISTEMAS.

CARDIOVASCULAR.

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| a. PALPITACIONES (TAQUICARDIA) | f. DISNEA DE REPOSO |
| b. DOLOR PRECORDIAL | g. EDEMA EN LOS TOBI
LLOS. |
| c. CEFALEAS | h. LIPOTIMIAS O DES-
MAYOS |
| d. MAREOS | i. OLIGURIA ORTOSTÁ-
TICA. |
| e. DISNEA DE ESFUERZO. | |

APARATO RENAL.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| a. POLIURIA. | AUMENTO DE VOLUMEN NORMAL DE LA ORINA |
| b. NICTURIA. | ORINA NOCTURNA. |
| c. PIURÍA. | PRESENCIA DE PUS EN LA ORINA. |
| d. DISURIA. | DOLOR AL ORINAR. |
| e. HEMATURIA. | PRESENCIA DE SANGRE EN LA ORINA. |
| f. ESPUMA PERSISTENTE CON OLOR FÉTIDO, ENTONCES HAY-
PRESENCIA DE ALBÚMINA. | |
| g. EDEMAS EN LOS PÁRPADOS. | |

SISTEMA NERVIOSO.

- | | |
|-----------------|--|
| a. SUEÑO. | SI ES TRANQUILO, AGITADO, DESCANSA,
NO DESCANSA, ETC. |
| b. PARESTESIAS. | PREGUNTAR CAUSAS. |
| c. PARÁLISIS. | PREGUNTAR CAUSAS. |

- d. TEMBLORES, CONVULSIONES, ETC.
- e. IRRITABILIDAD.
- f. PROBLEMAS EMOCIONALES EN LA CONSULTA.
- g. PROBLEMAS DE EPILEPSIA.
- h. PROBLEMAS DE COREA. (HUNTINGTON Y PARKINSON).

APARATO DIGESTIVO.

- a. ANOREXIA. FALTA DE APETITO.
- b. SOBREDISPEPSIA. RECUENTES INDIGESTIONES.
- c. ESPASMOS FRECUENTES.
- d. DIARREAS
- e. DISFAGIAS. DIFICULTAD AL TRAGAR.
- f. METEORISMO.
- g. FRECUENTES NÁUSEAS O VÓMITOS.
- h. ESTREÑIMIENTO.
- i. PARASITOSIS.

APARATO RESPIRATORIO.

- a. EPIXTASIS. HEMORRAGIAS NAALES FRECUENTES.
- b. HEMOCTISIS. SANGRE AL TOSER.
- c. ESPECTORACIONES.
- d. DISNEAS.
- e. CIANOSIS. DEFECTO EN LA OXIDACIÓN DE LA SANGRE.

ESTADOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER.

ES IMPORTANTE HACER UNA RELACIÓN DE ESTOS ESTADOS, --
QUE PUEDEN ESTAR ALTERADOS POR EL TEMOR A UN DETERMINADO -
TRATAMIENTO DENTAL, INCLUYENDO LA ANESTESIA.

- a. MENSTRUACIÓN. SI EN LA CONSULTA LA PACIENTE ESTÁ MENSTRUANDO..
- b. MENARQUÍA. PRIMERA MENSTRUACIÓN (ENTRE 12 Y - 14 AÑOS).
- c. DISMENORREAS. DOLORES DE MENSTRUACIÓN.
- d. ÚLTIMA MENSTRUACIÓN.
- e. MENOPAUSIA. PRESENTAN ALTERACIONES, CARÁCTER - IRRITANTE Y EMOTIVO.
- f. EMBARAZO. (PEDIR CONSEJO MEDICO).
- g. ETC.

DIABETES.

- a. POLIDIPSIA. SED CONSTANTE.
- b. POLIURIA. DESEOS CONSTANTES DE ORINAR.
- c. POLIFAGIA. MUCHO APETITO.
- d. SI LA PERSONA ES CAJADA, DEL SEXO FEMENINO Y TIENE NIÑOS, PREGUNTAR CUÁNTO HAN PESADO AL NACER, (SI - PESAN MÁS DE 4:5 Kg: SE PUEDE SOSPECHAR QUE LA MADRE ES DIABÉTICA).
- e. OBESIDAD.
- f. MACROGLOSIA.
- g. LAS PAPILAS INTERDENTARIAS ESTÁN EDEMATOSAS Y SANGRAN CON FACILIDAD.
- h. ALIENTO CETÓNICO (A SIDRA O MANZANAS PASADAS).
- i. SI EL PACIENTE ES DIABETICO, PREGUNTAR QUE NIVEL - DE GLUCOSA TIENE, DESDE SU ÚLTIMO EXAMEN; SI ES DE MENOS DE 120 SE PUEDE INTERVENIR (UTILIZANDO ANESTESIA) SI ES MAYOR, SE LE CONTROLARÁ PRIMERO CON - LA AYUDA DE UN MÉDICO).

HÁBITOS.

- a. ALCOHOLISMO.
- b. DROGADICCIÓN.
- c. TABAQUISMO.

EN CASO DE EXISTIR ALGUNA DUDA POR PARTE DEL OPERA---
DOR SE PUEDE AYUDAR POR MEDIO DE ANÁLISIS DE LABORATORIO,-
PARA MAYOR SEGURIDAD.

OTRO PUNTO IMPORTANTE ES PREGUNTAR SOBRE ALERGIAS QUE
PUEDE SER AL AGENTE ANESTÉSICO O BIEN A ALGÚN MEDICAMENTO.

CAPÍTULO VI

MEDICACIÓN PREANESTÉSICA.

LOS FINES QUE SE PERSIGUEN CON LA MEDICACIÓN PREANESTÉSICA, AUNQUE EN OPERATORIA MUCHAS VECES NO ES NECESARIA, NO DEJA DE PRESTAR UNA GRAN UTILIDAD:

1. PRODUCE EN EL PACIENTE UNA SENSACIÓN DE CALMA ---- DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DEL ANESTÉSICO, ASÍ COMO DURANTE LA INTERVENCIÓN DENTAL.
2. CALMA EL DOLOR DEL PACIENTE, HACIENDO MÁS TOLERA-- BLE LA ESPERA DEL PACIENTE, EN EL CASO DE FRACTU-- RAS DENTALES PRONTAS A SER RESTAURADAS POR UN ---- TRATAMIENTO OPERATORIO.
3. INHIBE CIERTOS REFLEJOS QUE SE TRASMITEN A TRAVÉS-- DE LAS FIBRAS COLINÉRGICAS.
4. DISMINUYE SI ES POSIBLE, REACCIONES TÓXICAS CAUSA-- DAS POR UN ANESTÉSICO LOCAL.

ES NECESARIO QUE EL PACIENTE TENGA UNA SENSACIÓN DE - CALMA DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA Y DURANTE-

LA TÉCNICA OPERATORIA. A VECES RESULTA NECESARIA LA PREMEDICACIÓN, PUESTO QUE A MENUDO EL PACIENTE ACUSA DOLOR, CUANDO EN REALIDAD SOLO SE TRATA DE SENSACIONES TÁCTILES O DE PRESIÓN, PROVENIENTES DEL CAMPO OPERATORIO, O DE SENSACIONES ACÚSTICAS Y VISUALES CAUSADAS POR EL CIRUJANO DENTISTA Y SUS MANIPULACIONES, LAS QUE LE PRODUCEN CIERTO GRADO DE AGITACIÓN. EL CIRUJANO DENTISTA MEDIANTE LA EXPERIENCIA EN EL CONOCIMIENTO Y RESULTADO DE MEDICAMENTOS PARA ESTE OBJETIVO SERA EL QUE DETERMINE EL TIPO DE DROGA. AUNQUE POR LO GENERAL, CUANDO SE VA A APLICAR UNA ANESTESIA LOCAL SE ADMINISTRAN DROGAS DEL TIPO DE LA BELLADONA O BIEN LA ATROPINA.

DEBE TENERSE ESPECIAL CUIDADO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA O BIEN, EN NIÑOS. APARTE DE CUIDADOS ESPECIALES EN APARATOS Y SISTEMAS QUE TAMBIÉN PUEDAN SER AFECTADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE ESTOS FÁRMACOS.

CAPÍTULO VII

CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS

LA ACTITUD MENTAL DE LOS PACIENTES QUE LLEGAN AL CONSULTORIO DENTAL, TIENEN INFLUENCIA NOTABLE EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO OPERATORIO. LA NECESIDAD DE ANESTESIA ES UNA INDICACIÓN PERSONAL QUE DEPENDE-- DEL COMPORTAMIENTO Y ESTADO GENERAL DEL PACIENTE. EXISTEN MUCHAS VARIACIONES EN EL UMBRAL DEL DOLOR ENTRE LOS DIFERENTES INDIVIDUOS. EL CIRUJANO DENTISTA NECESITA CONTROL ABSOLUTO SOBRE LAS ACCIONES DEL PA-- CIENTE Y LA SENSACIÓN DE QUE ESTÁ TRABAJANDO SIN DIFI-- CULTADES. A MENUDO ESTOS REQUISITOS PUEDEN SATISFA-- CERSE SIN LA AYUDA DE AGENTES ANESTÉSICOS. PARA DE-- TERMINADOS PACIENTES ESTÁ INDICADA LA PREMEDICACIÓN - JUNTO CON EL ANESTÉSICO LOCAL.

ES CLÁSICO EL INDIVIDUO QUE AL LLEGAR A UN CON-- SULTORIO DENTAL, ELEVE SU ÍNDICE DE TEMOR (PÁNICO AL-

DENTISTA), POR SENCILLO QUE SEA EL TRATAMIENTO.

EL CIRUJANO DENTISTA DEBE APLICAR AL PACIENTE
DOS PRINCIPIOS PSICOLÓGICOS QUE SON:

1.- TRANQUILIDAD Y CONFIANZA

2.- DISTRACCIÓN

BUSKIRK HA ESQUEMATIZADO ALGUNAS SUGERENCIAS-----
PARA EL MEJOR TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES:

- 1.- TRÁTESE A LOS PACIENTES COMO SERES HUMANOS.
- 2.- TÉNGASE UNA ACTITUD AMISTOSA, EXPLÍQUESE AL PACIENTE EL TRATAMIENTO QUE NECESITA.
- 3.- PRÉSTESE ATENCIÓN A LO QUE DICE, TRÁTESE DE SER AGRADABLE Y COMPRENSIVO.
- 4.- TÉNGASE PACIENCIA Y SENTIDO HUMANO:
- 5.- TRÁTESE DE QUE EL PACIENTE COLABORE AL MÁXIMO.
- 6.- CONTÉSTENSE SUS PREGUNTAS EN FORMA COM-

PRENSIBLE Y AMISTOSA.

7.- TRÁTESE DE QUE VENZA SUS TEMORES.

DEBE RECORDARSE QUE UN PACIENTE INFORMADO, ES UN PACIENTE TRANQUILO. AHORA BIEN, CUANDO ES NECESARIO APLICAR EL AGENTE ANESTÉSICO, QUE SERVIRÁ PARA QUITAR EN PARTE EL TEMOR DEL PACIENTE, AL TRATAMIENTO OPERATORIO, ES NECESARIO TOMAR LAS DEBIDAS PRECAUCIONES. ESTAS PRECAUCIONES SE BASAN EN:

- 1.- FACTORES PSICOLÓGICOS.
- 2.- INTERROGATORIO CLÍNICO Y EXAMEN FÍSICO.
- 3.- EDAD.
 - a.- CONSIDERACIONES ESPECIALES EN ---- NIÑOS.
 - b.- JÓVENES.
 - c.- ADULTOS.
 - d.- CONSIDERACIONES ESPECIALES EN PA--- CIENTES GERIÁTRICOS.
- 4.- ESTUDIOS DE LABORATORIO.
 - a.- ANÁLISIS DE ORINA.
 - b.- ANÁLISIS DE SANGRE.

c.- VOLUMEN SANGUÍNEO.

d.- SE RECOMIENDA ELECTROCARDIOGRAMA EN
PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS.

5.- ESTUDIOS FUNCIONALES.

a.- DE LA RESPIRACIÓN.

b.- DEL FUNCIONAMIENTO CARDÍACO.

c.- ELECTROCARDIOGRAMA.

6.- OTROS.

PARA PRECISAR LA DOSIS DE AGENTE ANESTÉSICO, SE DEBEN TOMAR EN CUENTA VARIOS FACTORES CONSTITUCIONALES. SUELEN VARIAR CON EDAD, PESO, SEXO Y ESTADO PSICOLÓGICO. AUNQUE NO HA TENIDO ÉXITO LA CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES POR SU CONSTITUCIÓN, NO DEJA DE TENER CIERTA UTILIDAD.

SEGÚN KRETSCHMER DIVIDE LA COMPLEXIÓN CORPORAL EN CUATRO TIPOS, AUNADA A SUS PAUTAS DE REACCIÓN.

1.- TIPO ASTÉNICO: SUJETO ALTO Y DELGADO; SUELE SUFRIR TENSIÓN; HIPERSENSIBLE AL STRESS; SE LE LLAMA A VECES INDIVIDUO VAGOTÓNICO.

2.- TIPO PÍCNICO: PERSONA GRUESA Y DE BAJA ESTATURA; SON PERSONAS RECHONCHAS QUE TIENDEN A LA OBESIDAD, SON BASTANTE JOVIALES Y EXTROVERTIDOS; PUEDEN DENOMINARSE INDIVIDUOS SIMPATOTÓNICOS.

3.- TIPO ATLÉTICO: PERSONA DE COMPLEXIÓN ADECUADA Y BIEN PROPORCIONADA; DELGADO Y MUSCULOSO; SE AJUSTA--BASTANTE BIEN A LA MAYOR PARTE DE LAS SITUACIONES.

4.- TIPO DISPLÁSTICO: PUEDE SER LISIADO O DEFORME ESTOS INDIVIDUOS TIENDEN A SER ESQUIVOS; ASUSTADIZOS;-- A VECES SON OBSEQUIOSOS Y TRATAN DE EVITAR SER MOLESTADOS; PREFIEREN LLEVAR UNA VIDA PROTEGIDA QUE LOS RESGUARDE.

SEGÚN LAS ACTIVIDADES QUE SE ASOCIAN CON LA COMPLEXIÓN NATURAL, SE PUEDEN ANTICIPAR EN CIERTO GRADO-- LAS PAUTAS DE REACCIÓN DEL SUJETO Y SU RESPUESTA A LOS FÁRMACOS. EL INDIVIDUO ASTÉNICO NECESITA SEDACIÓN Y--TRANQUILIZACIÓN IMPORTANTES. EL TIPO PÍCNICO RESPONDE A LA SUGESTIÓN Y SOLO NECESITA SEDACIÓN MODERADA. LA PERSONA ATLÉTICA NECESITA DEPRESIÓN DE LA ACTIVIDAD METABÓLICA. LA PERSONA DISPLÁSICA NECESITA SUPRESIÓN DE SU TEMOR Y RECELOS.

OTRO CONCEPTO INTERESANTE RESPECTO A LOS FÁRMACOS Y LA PERSONALIDAD ES LA TEORÍA QUÍMICA DEL TEMPERAMENTO DE McDougall. CONSIDERA QUE PUEDE GRADUARSE LA DIMENSIÓN DE LA PERSONALIDAD EN UNA ESCALA DE TEMPERAMENTO DESDE LA EXTROVERSIÓN HASTA LA INTROVERSIÓN: 1.- LA PERSONA CON EXTROVERSIÓN NOTABLE ES MAS SUSCEPTIBLE A LOS FÁRMACOS DEPRESORES, INCLUYENDO EL ALCOHOL; 2.- LA PERSONA INTROVERTIDA ES RESISTENTE A LOS FÁRMACOS DEPRESORES.

EYSENK HA VALORADO LO ANTERIOR POR MEDIO DEL UMBRAL DE SEDACIÓN, COMO UNIDAD DE MEDIDA. CON BASE EN ELLO HA RELACIONADO LA PERSONALIDAD CON LA FACILIDAD CON QUE SE LOGRA LA SEDACIÓN O LA NARCOSIS. SE HAN RELACIONADO LAS EMOCIONES CON LA LIBERACIÓN DE SUBSTANCIAS SUPRARRENALES. EN TÉRMINOS GENERALES EL INDIVIDUO ANSIOSO PERO QUE REACCIONA PASIVAMENTE, PRESENTA EXCRECIÓN Y LIBERACIÓN ELEVADAS DE ADRENALINA. POR OTRA PARTE, EL SUJETO CON PERSONALIDAD EXTROVERTIDA Y TENDENCIAS AGRESIVAS TIENE EXCRECIÓN NOTABLE DE NORADRENALINA. ESTAS OBSERVACIONES PUEDEN PERMITIR CIERTOS CONOCIMIENTOS DE LAS REACCIONES VARIABLES AL "ESTADO DE ALARMA".

ES INTERESANTE OBSERVAR QUE LOS MIEMBROS DEL REINO ANIMAL CONTRASTAN NOTABLEMENTE EN SU LIBERACIÓN HORMONAL CUANDO SE ENFRENTAN A SITUACIONES DE ALARMA. EN EL LEÓN PREDOMINA LA PRODUCCIÓN DE NORADRENALINA EN TANTO QUE EL CONEJO, QUE SUELE CORRER CON RAPIDEZ, TIENE LIBERACION ELEVADA DE ADRENALINA.

VIII.- ACCIDENTES.

CASI TODOS LOS ANESTÉSICOS LOCALES CLÍNICAMENTE ÚTILES-- SON SIMILARES DESDE EL PUNTO DE VISTA CUALITATIVO EN CUANTO-- A SU COMPORTAMIENTO GENERAL SE REFIERE, PERO CUANTITATIVAMEN-- TE DISTINTOS, EN CONSECUENCIA LAS RESPUESTAS VARÍAN SEGÚN-- LAS DROGAS. SON MUCHOS LOS FACTORES INVOLUCRADOS EN LA PRO-- DUCCIÓN DE EFECTOS GENERALES INDESEABLES POR PARTE DE UNA--- DROGA DETERMINADA, SIENDO SU NATURALEZA QUIMICA UNO DE LOS-- MÁS IMPORTANTES.

LOS ACCIDENTES QUE PUEDEN PRESENTARSE LOS PODEMOS CLASI-- FICAR EN:

- 1.- ACCIDENTES POR SOLUCIONES ANESTÉSICAS,
- 2.- POR PATOLOGIA PREEXISTENTE EN EL ORGANISMO,
- 3.- MALA INDICACIÓN O SOBREDOSIFICACIÓN DE VASOPRESORES

EN EL PUNTO #1, SE REFIERE A LA TOXICIDAD DE LOS ANESTÉ-- SICOS LOCALES Y AUNQUE SU DOSIS EN OPERATORIA DENTAL ES RELA-- TIVAMENTE MÍNIMA, NO DEJA DE TRAER CONSECUENCIAS, AL PRESEN-- TARSE UNA ABSORCIÓN RÁPIDA DEL ANESTÉSICO, ACTUANDO TÓXICA-- MENTE SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO, EN EL APARATO RESPIRATORIO, ETC. SE PRESENTA TAMBIÉN URTICARIA, ERITEMA, ETC., Y PEOR-- AÚN SE PUEDE PRESENTAR EL SHOCK ANAFILÁCTICO. ESTE SHOCK-- DÁ COMO CONSECUENCIA UNA REACCIÓN VIOLENTA DEL ORGANISMO A -- UNA SEGUNDA DOSIS DE UNA SUBSTANCIA QUE LO SENSIBILIZÓ LA -- PRIMERA VEZ QUE SE LE ADMINISTRÓ. SE NOTA QUE EL PACIENTE--

EMPIEZA A PERDER EL COLOR, SE PONE PÁLIDO, PRESENTA UNA SUDORACIÓN FRÍA, EL PULSO SE ACELERA Y A LA VEZ SE TORNA LENTO Y DÉBIL, LA TEMPERATURA EMPIEZA A DESCENDER, EL PACIENTE SE SIENTE SUMAMENTE MAREADO Y POR ÚLTIMO VIENE LA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA. DEBE ATENDERSE INMEDIATAMENTE O VENDRÁ EL FALLECIMIENTO DE LA PERSONA.

EN EL PUNTO NÚMERO 2 SE REFIERE A PACIENTES QUE SEAN DE EDAD AVANZADA CON PROBLEMAS DE ANGOR PECTORIS, PACIENTES DIABÉTICOS QUE PUEDAN CAER EN COMA DIABÉTICO O BIEN EN HIPERTENSOS QUE PRESENTEN PROBLEMAS CARDIOVASCULARES. ADEMÁS EL SÍNCOPE ES FRECUENTE EN PERSONAS NERVIOSAS, EXCITADAS Y EN PROBLEMAS NEUROVEGETATIVOS.

EL EL PUNTO #3, AUNQUE NO SON MUY FRECUENTES PUEDEN PRESENTAR PROBLEMAS POR LA ACCIÓN DE LOS VASOCONSTRICTORES, ASÍ COMO LAS AMINAS PRESORAS.

PODEMOS TOMAR EN CUENTA TAMBIÉN FACTORES VARIOS QUE PUEDEN PRESENTAR PROBLEMAS:

COMO PENETRAR CON LA AGUJA EN LA LUZ DE UN VASO Y SU RUPTURA. AL SUCEDER ESTO, SE OBSERVA QUE LA ZONA DONDE SE ESTÁ ANESTESIANDO, SE EMPIEZA A INFLAMAR LOS TEJIDOS, TOMANDO UNA COLORACIÓN AZUL-MORADO. HAY QUE DIFUNDIRLO POR MEDIO DE MASAJE Y NO TENDRA MAYORES COMPLICACIONES. CESA CUANDO PASA EL EFECTO.

ZONAS ISQUÉMICAS QUE SE PRESENTEN DESPUÉS DE QUE HEMOS ANESTESIADO Y QUE SE VAN A MANIFESTAR PRINCIPALMENTE EN LOS TEJIDOS DE LA CARA. ESTO SE DEBE A LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA-A LA PRESIÓN HECHA Y A LA EPINEFRINA. SE DEBE TAMBIÉN A -- UNA TÉCNICA MAL EMPLEADA O BIEN, A UNA TÉCNICA PROFUNDA. SE DEBE VIGILAR AL PACIENTE CONSTANTEMENTE Y MEDICARLO, PUES SE PUEDE PRESENTAR NECROSIS PALATINA Y ES MUY DIFÍCIL DE REGENERAR.

LESIONES CON AGUJAS EN MAL ESTADO CUYO BISEL ESTÉ DAÑADO Y EN CUYO CASO PRINCIPAL, SERÁN LOS DESGARRES EN LOS TEJIDOS CON PROCESOS INFLAMATORIOS.

OTRO PROBLEMA SERÁN LAS AGUJAS MAL ESTERILIZADAS Y POR-ÚLTIMO EL ANESTESIASAR EN PROCESOS INFECCIOSOS AGUDOS, CON LO-QUE VAMOS A LOGRAR DIFUNDIR MÁS ESA INFECCIÓN.

COMO QUIERA QUE LAS REACCIONES RESULTANTES DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES SON EN MUCHOS CASOS GRAVES Y QUE PUEDEN LLEGAR A DETERMINAR MORTALMENTE, SE ACONSEJA TOMAR TODA CLASE - DE PRECAUCIONES.

PREVENIR ES MEJOR QUE CURAR.

DEBE OBSERVARSE:

- 1.- USAR EL MENOR VOLUMEN POSIBLE DE ANESTÉSICO.
- 2.- AÑADIR UN VASOCONSTRICTOR PARA RETARDAR LA ABSORCIÓN --- CUANDO SE ADMINISTRA UN ANESTÉSICO EN UNA ZONA MUY VASCULARIZADA.

- 3.- LLEVAR UN REGISTRO DE LA DOSIS TOTAL O DEL VOLUMEN DE LA SOLUCIÓN USADA. MUCHOS DENTISTAS INYECTAN A SU ANTOJO Y A MENUDO IGNORAN QUE ESTÁN REBASANDO LOS LÍMITES ACEPTADOS.
- 4.- DEJAR TRANSCURRIR EL TIEMPO SUFICIENTE PARA ABSORCIÓN Y ELIMINACIÓN ANTES DE VOLVER A INYECTAR.
- 5.- ASPIRAR SIEMPRE EN VARIOS PLANOS ANTES DE INYECTAR LA SOLUCIÓN SOBRE TODO EN ÁREAS EN TORNO A LOS HUESOS.
- 6.- INYECTAR DESPLAZANDO LA AGUJA CUANDO SE PRACTICA INFILTRACIÓN.
- 7.- DEJAR TRANSCURRIR TIEMPO SUFICIENTE PARA QUE EL ANESTÉSICO SURTA EFECTO.
- 8.- VIGILAR AL PACIENTE.

LIPOTIMIAS.

SE VAN A PRESENTAR MUCHAS VECES NO POR EL ANESTÉSICO,-- SINO POR EL STRESS NERVIOSO EN QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE. DE TODAS FORMAS SE PRESENTA COMUNMENTE EN ANESTESIA LOCAL. ES SINTOMÁTICA CON CIERTO PARECIDO AL SHOCK. EL PACIENTE-- PALIDECE, SU PIEL SE PONE FRÍA Y SUDOROSA, PULSO RAPIDO Y BAJA PRESIÓN ARTERIAL. ESTE PROBLEMA SE TRATA POR MEDIO DE-- PROCEDIMIENTOS SENCILLOS.

SE COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN TRENDELNBURG; SE DÁ-- UNA INHALACIÓN DE AMONIACO, COLOCANDELE UNA TOALLA FRÍA EN LA CARA. TAMBIÉN SE LE PUEDE ADMINISTRAR OXÍGENO.

EL TRATAMIENTO QUE SE SIGUE EN LOS ACCIDENTES ANTES CITADOS SE PREOCUPA MÁS POR MANTENER LAS FUNCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO Y CARDIOVASCULAR.

- 1.- TOMAR EN CUENTA SIEMPRE, LA POSICIÓN DE TRENDELEN--BURG, QUE FACILITA LA CIRCULACIÓN EN EL CEREBRO.
- 2.- LAS VÍAS RESPIRATORIAS DEBEN ENCONTRARSE LIBRES,--- QUITAR DE LA CAVIDAD TODO AQUELLO QUE PUEDA OBSTRUIR EL JUEGO RESPIRATORIO.
- 3.- CONTAR CON UN EQUIPO DE OXÍGENO ADECUADO EN CASO DE EMERGENCIA, EN SU FALTA SABER TÉCNICA DE RESPIRA---CION DE BOCA A BOCA Y MASAJE CARDÍACO.
- 4.- LLAMAR A UN MÉDICO.

CUANDO SE PRESENTA PARO CARDÍACO, EL DENTISTA DEBE ACOSTAR AL PACIENTE EN UN PLANO DURO, PRACTICAR RESPIRACIÓN DE -BOCA A BOCA Y DAR MASAJE CARDIACO EXTERNO. ES IMPORTANTE--QUE AL MISMO TIEMPO DE DAR MASAJE, SE ESTÉ DANDO LA RESPIRACIÓN ARTIFICIAL. CUANDO HAYA REACCIONADO EL PACIENTE, SE -DEBE SEGUIR OXIGENANDO HASTA QUE LLEGUE UN MÉDICO.

LOS SÍNTOMAS DEL PARO CARDÍACO SE PRESENTAN POR EL PARO DE LA DINÁMICA CIRCULATORIA, NO HAY PULSO, NO HAY TENSIÓN ARTERIAL, NO SE ESCUCHAN RUIDOS CARDIACOS, EL COLOR DE LOS TEGUMENTOS SE VUELVE PÁLIDO CIANÓTICO Y LA PUPILA SE DILATA.

EN RESUMEN SE PUEDE PONER UN ESQUEMA DEL TRATAMIENTO ASEGUIR.

- 1.- TRÁTESE EL PARO RESPIRATORIO CON OXÍGENO Y RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.
- 2.- TRÁTESE LA DEPRESIÓN CIRCULATORIA CON OXÍGENO Y RESPIRACIÓN ARTIFICIAL; BÁJESE LA CABEZA DEL PACIENTE- DEL RESTO DE SU CUERPO; ADMINISTRENSE DROGAS HIPERTENSORAS POR VÍA INTRAVENOSA. SI SE SOSPECHA PARO CARDIACO, APLÍQUESE INMEDIATAMENTE MASAJE EXTERNO.

SE RECOMIENDA EN LO PARTICULAR QUE EL CIRUJANO APRENDA- LA TÉCNICA DE MASAJE EXTERNO Y RESPIRACIÓN ARTIFICIAL.

EN EL PARO CARDÍACO SI CON LOS MÉTODOS ANTES DADOS NO RESULTAN EFICACES PUEDE ADMINISTRARSE APROXIMADAMENTE 2ml. D DE ADRENALINA MEDIANTE UNA SONDA VENOSA, O BIEN, HASTA 4mm. POR VÍA INTRAMUSCULAR.

COMO PUNTO FINAL EN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES-- Y LA DIABETES MELLITUS, OBLIGAN A ADMINISTRAR CON PRECAUCIÓN LOS ANESTÉSICOS LOCALES QUE CONTENGAN EPINEFRINA. LA INFILTRACIÓN EXCESIVA EN DIABÉTICOS PUEDE RESULTAR PELIGROSA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

ESTAS CONCLUSIONES ESTÁN BASADAS EN LA EXPERIENCIA OBTENIDA A TRAVÉS DE MIS ESTUDIOS Y EN MI PRÁCTICA GENERAL, EL CAMPO DE LA APLICACIÓN DE FÁRMACOS ES TAN AMPLIA Y DE GRAN IMPORTANCIA EN NUESTRA PRÁCTICA DIARIA PARA LOGRAR CON ÉXITO-- NUESTRA META DESEADA.

1.- HISTORIA CLÍNICA:

LA HISTORIA CLÍNICA DE HECHO NOS DÁ UN PARÁMETRO A SEGUIR, CONECER.A NUESTRO PACIENTE, SU IDEOSINCRACIA, SU ESTADO GENERAL DE SALUD, SUS ANTECEDENTES FAMILIARES Y HEREDITARIOS, POR MEDIO DE ESTOS DATOS PODEMOS FORMARNOS UN CRITERIO Y APLICAR NUESTROS CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS OBTENIDAS -- PARA CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL QUE SEA REQUERIDO POR --- NUESTROS PACIENTES.

2._ FÁRMACOS (ANESTESIA)

LA APLICACIÓN DEL ANESTÉSICO EN CAVIDAD ORAL EN TERMINACIONES NERVIOSAS ES LA PREOCUPACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA--- POR EL HECHO DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS AL SISTEMA INMUNOLÓGICO EN DETERMINADO TIPO DE PACIENTES POR LAS REACCIONES TAN SEVERAS QUE DESENCADENA Y POR LA TOXICIDAD DE LOS COMPONENTES QUÍMICOS DE DICHO FÁRMACO.

3.- LA INTRODUCCIÓN EN EL CAMPO ODONTOLÓGICO Y MÉDICO DE LOS AGENTES BLOQUEADORES SON DE GRAN AYUDA, YA QUE ESTOS MITIGAN EL DOLOR Y AUMENTAN EL UMBRAL DEL MISMO CON EL FIN DE LLEVAR A CABO UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EFICAZ Y -- SIN NINGÚN PROBLEMA DE ESTABILIDAD EMOCIONAL EN LOS PA-- CIENTES QUIRÚRGICOS.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- ADRIANI, JOHN
ANESTESIOLOGÍA REGIONAL DE LABAT.
EDITORIAL INTERAMERICANA
3a. EDICIÓN
MEXICO, D.F., 1973
230 PÁGINAS

- 2.- COLLINS, VINCENT J.
ANESTESIOLOGÍA
EDITORIAL INTERAMERICANA
3a. EDICIÓN, MÉXICO D.F., 1974
520 PÁGINAS

- 3.- HALE DONALD E.
ANESTHESIOLOGY
F.A. DAVIS COMPANY
PHILADELPHIA E.U.A.
3a. EDICION 1979
350 PÁGINAS

- 4.- MONHEIM
ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGÍA OPERATORIA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, D.F., 1973
2a. EDICIÓN
623 PÁGINAS

- 5.- SCURR, CYRIL
FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA ANESTESIA
EDITORIAL CIENTÍFICO
MÉXICO, D.F., 1973
1a. EDICION ESPAÑOLA
415 PÁGINAS

6.- SCHULTZ, LOUIS C.

ODONTOLOGÍA OPERATORIA

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, D.F., 1969

1a. EDICIÓN EN ESPAÑOL

322 PÁGINAS

7.- WEIL-SHUBIN.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SHOCK

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, 1973

2a. EDICIÓN

734 PÁGINAS

8.- WYLIE, W.D.

CHURCYLL, H.C. DAVIDSON

ANESTESIOLOGÍA

SALVAT EDITORES

BARCELONA, ESPAÑA 1970

2a. EDICIÓN

560 PÁGINAS

9.- MANUAL DE ODONTOLOGÍA DE LOS LABORATORIOS ASTRA

10.-MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGÍA DE LOS LABORATORIOS WINTHROP.