

La anestesia general para el paciente ambulatorio en el gabinete dental

*Dr. Luis Humberto Medina García **
Dr. Carlos Reyes Tayabas, S.M.A.

CON cierta frecuencia, los Odontólogos requieren de la Anestesia General para llevar a cabo sus procedimientos de Exodoncia, Parodoncia, Clínica Dental o Cirugía Oral en su Gabinete Privado. La mayor parte de ellos se establecen fuera de las Areas Hospitalarias y tomando en cuenta de que muchos de sus procedimientos son de corta duración, requieren los servicios del Anestesiólogo para atender al paciente ambulatorio en su Gabinete Particular con su propio equipo e instrumental.

Un Gabinete Dental es a todas luces impropio e inconveniente para el desarrollo de una Anestesia General por sus dimensiones, por su mobiliario, por equipo y por su personal. A pesar de estas impropiedades e inconvenientes (que ya han sido discutidos en la Sociedad Mexicana de Anestesiología) (1), es necesario prestar servicio al Odontólogo.

El objeto de éste trabajo es mostrar en qué forma logramos resolver estos problemas, reduciendo los riesgos al mínimo, desde 1958 a la fecha.

REQUERIMIENTOS

Para poder aceptar y realizar nuestro trabajo, aunque nos teníamos que adaptar

al medio, fue necesario satisfacer los siguientes requerimientos:

1) Que la Silla Dental fuera capaz de dar posiciones similares a las de una Mesa Quirúrgica.

2) Contar con un aparato de Succión Potente.

3) Contar con un mueble que pudiera hacer las veces de cama, con libertad de circulación a su alrededor (diván, sofá, etc.).

4) Aditamento dónde poder sostener los frascos de suero (Parte de la Unidad Dental, Porta-sueros de Pie, Cadena con gancho pendiente del techo, etc.).

5) Que el paciente no sufriera enfermedad sistémica importante y que tuviera buena permeabilidad de las cavidades naso y buco-faríngeas.

6) El Odontólogo y sus Ayudantes deben estar enterados del papel que tienen que desempeñar en el caso de una emergencia cardio-respiratoria (2).

EQUIPO DEL ANESTESIOLOGO

1.—Máquina de Anestesia de manejo sencillo (Portátil) (3).

2.—Suficiente provisión de oxígeno o ai-

Trabajo de Ingreso del Dr. Medina García, para pasar a la categoría de Socio Activo, presentado en Sesión Ordinaria de la S.M.A. del día 3 de febrero de 1969. Se presentó película.

re (4) (Se aprovechó el que produce el aparato de succión).

3.—Equipo completo de Intubación Traqueal.

4.—Botiquín con todos los medicamentos que pueden ser necesarios para una reanimación cardio-respiratoria.

5.—Jeringas, Aguja y Cánulas de distintos tamaños y calibres.

6.—Baumanómetro y dos estetoscopios.

SELECCION DEL METODO Y AGENTE ANESTESICO

Tuvimos que desarrollar un Método Anestésico que le diera al paciente, al Odontólogo y a nosotros mismos el máximo de seguridad, por lo tanto; tenía que ser de inducción agradable, con período de excitación mínimo, no explosivo ni inflamable; de fácil administración, que no requiriera aparatos pesados ni estorbosos y que no alterara en forma importante las constantes vitales del paciente. Que dejara libre la boca para permitir trabajar al Odontólogo, que se difundiera y eliminara con rapidez, ya que es necesario que el paciente pueda salir por su propio pie en el tiempo más corto posible (5), (6), (7), (8), (9), (10).

Se utilizó el circuito cerrado circular con intubación nasotraqueal y empaque de la cavidad buco-faríngea, esto nos permitió un mejor control de nuestro paciente; así como evitar el peligro de obstrucción respiratoria o el paso de material extraño al árbol tráqueo-bronquial.

El Agente fue el Halothane, ya que además de tener las características antes citadas, no produce un período importante de excitación en la inducción, las alteraciones cardiovasculares son fácilmente reversibles en la anestesia ligera, no estimula la secre-

ción de las glándulas salivales y bronquiales; no excita el reflejo de la tos, tiene muy baja incidencia de vómito (11) (12) y para aprovechar todas estas propiedades lo usamos como agente anestésico único (13).

Para vaporizarlo, en algunos casos usamos el Fluotec 10 fuera del circuito, pero en el mayor número de los casos empleamos el vaporizador Dragger modificado por nosotros (13), incluido en el circuito, que da porcentajes de vaporización de 0.33, 1.14 y 2.90% con una corriente de 600 c.c. de oxígeno por minuto (El vaporizador tiene tres marcas de apertura y las cifras anotadas corresponden a cada una de ellas respectivamente).

ESTUDIO Y PREPARACION DEL PACIENTE

En entrevista previa a la anestesia se valoró la condición clínica del paciente, aprovechando para instruirle acerca de la técnica que se iba a utilizar, con lo cual se consiguió una cooperación del sujeto que favoreció el desarrollo de nuestro trabajo.

Para administrar una Anestesia General en el Gabinete Dental es requisito indispensable que el paciente se encuentre clínicamente sano de su aparato cardio-respiratorio y que las pruebas de laboratorio rutinarias sean normales. Fuera de estos lineamientos contraindicamos la anestesia general en Gabinete.

Las intervenciones se programaron entre las 8 y las 10 a.m. con objeto de que el paciente estuviera en ayuno completo.

En la medicación preanestésica no se utilizaron narcóticos ni sedantes, para evitar la prolongación del período de recuperación por los efectos depresivos de los mismos; únicamente se empleó el Aminóxido de Atropina (14) por vía parenteral a dosis calculada de acuerdo a la edad y peso

corporal, 10 minutos antes de iniciarse la anestesia.

TECNICA

La técnica que a continuación se describe fue filmada en película de 16 mm. a colores, presentando 4 casos demostrativos.

Se colocó la silla dental en posición horizontal, con el cuello del paciente extendido. Después de instalar una venoclisis con solución de Ringer Lactada. En todos los casos se hizo la inducción por inhalación bajo mascarilla facial, con vapores de Halothane arrastrados por una corriente continua de oxígeno a 600 c.c. por minuto, abriendo gradualmente el vaporizador para aumentar la concentración y vigilando muy estrechamente los siguientes signos: estado de la pupila, amplitud y frecuencia de la respiración, tensión arterial y frecuencia del pulso.

En el vaporizador incluido en el circuito, con la primera marca de apertura y con la corriente de arrastre de 600 c.c. de oxígeno por minuto, obtenemos un porcentaje de vaporización del 0.33%; al sumarse la ventilación propia del paciente (volumen minutos), este porcentaje aumenta 10 veces en el adulto normal o sea 3.3%, que es la concentración normal de mantenimiento, la cual va a sufrir variaciones de paciente a paciente de acuerdo a su capacidad respiratoria y en un mismo paciente de acuerdo a su volumen respiratorio en un momento dado; por tal motivo, fue necesario que nos basáramos en los "signos clínicos" para controlar la profundidad anestésica. La disminución de los parámetros en el orden en que se enumeraron indican la profundidad anestésica. Una vez que se logró que los globos oculares se fijaran en el centro, que las pupilas estuvieran mióticas y que se relajaran los músculos maseteros, previa anestesia tópica de la región glosofaríngea

(excepto en los niños escolares) y sin necesidad de relajantes musculares, se procedió a realizar la intubación nasotraqueal, se conectó el circuito y se empacó la bucofaringe con gasa húmeda para evitar fugas o el paso de material extraño a laringe. En estas condiciones, el paciente mantiene su respiración espontánea, la cual se trató de conservar sosteniendo un plano anestésico superficial.

Se permitió al Odontólogo cambiar la posición de la silla (Colocándola más erecta), siempre y cuando no hubiera cambios importantes en los signos vitales, por su efecto sobre la circulación cerebral. La mayor parte de las veces les pedimos que trabajaran con el paciente en posición horizontal y vimos que no era incómodo ni difícil para ellos.

Conociendo bien la farmacología del Halothane, la vigilancia estrecha de los parámetros antes citados nos permite controlar perfectamente y sin problemas el mantenimiento de la anestesia, utilizándolo exclusivamente como anestésico único (13). La respiración normal al principio, se va haciendo más amplia y más frecuente para después ir disminuyendo en amplitud y frecuencia hasta llegar a la apnea, la frecuencia del pulso aumenta en la inducción y se mantiene aumentada en la primera parte del primer plano quirúrgico para posteriormente ir disminuyendo. La tensión arterial se mantiene hasta iniciarse el primer plano para disminuir posteriormente, pero siempre anticipándose la hipotensión a la bradicardia. Así pues, la conservación de la respiración espontánea, de las cifras tensionales y de la frecuencia del pulso fue la indicación de que el plano de anestesia quirúrgica era superficial.

En cuanto el Odontólogo terminó su trabajo, se hizo el aseo de la cavidad bucal, se suspendió la anestesia y se retiró la gasa de la faringe. La sonda traqueal se ex-

trajo cuando el paciente presentó intolerancia a la misma, dejándose una sonda nasofaríngea para mantener la vía de aire hasta que el paciente recuperó el tono de los músculos glosofaríngeos.

La recuperación fue rápida, sin fenómenos de excitación y sin vómito, algunos presentaron contracciones mioclónicas generalizadas de corta duración.

Cuando la recuperación fue completa, en cuanto al estado de conciencia y facultades físico-motoras, se permitió al paciente retirarse por su propio pie, ayudado y vigilado por un acompañante.

RESULTADOS

Hemos utilizado esta técnica durante 10 años (1958-1968), durante los cuales hemos anestesiado aproximadamente a 1000 pacientes, siendo el de menor edad de 2 años y el mayor de 70. En 10 de ellos se utilizó como medio de vaporización el aire y en el resto el oxígeno.

La duración de la anestesia varió desde 1 minuto hasta 4:30 hs. El tiempo de recuperación estuvo en relación con la duración de la anestesia, pero todos, sin excepción, salieron del Gabinete Dental por su propio pie. Las complicaciones que se encontraron en nuestra serie de pacientes no difieren de las encontradas por otros autores con más o menos el mismo porcentaje (6), (7), (8), (9), (10), (11): taquicardia, bradicardia, hipotensión, tos, excitación y contracciones mioclónicas, todas ellas inherentes a la acción farmacológica del agente.

CONCLUSIONES

El Halothane es un magnífico anestésico para el paciente ambulatorio y reúne los requisitos esenciales para la anestesia general en Gabinete Dental.

La inducción es agradable y rápida, sin período de excitación, no es explosivo ni inflamable y no estimula la producción de secreciones. En planos ligeros de anestesia no altera en forma significativa las constantes vitales y se asocia a una baja incidencia de vómito, así como a un rápido período de recuperación.

Administrado en circuito cerrado por intubación nasotraqueal, da facilidad de control, comodidad y seguridad para administrar anestesia general en un sitio no idóneo como lo es la Silla del Gabinete Dental en el Paciente Ambulatorio.

RESUMEN

Se señalan los requerimientos mínimos para aceptar administrar Anestesia General a Pacientes Ambulatorios en un Gabinete Dental.

Se describe el equipo del anestesiólogo.

Se analiza la selección del Método y Agente Anestésico.

Se valora el estado y preparación del paciente.

Se describe la técnica utilizada en 1000 pacientes aproximadamente, de la cual se ha tomado una película a colores con 4 casos demostrativos. Finalmente se analizan los resultados.

SUMMARY

The authors present their experience with 1,000 cases of anesthesia for oral surgery, anesthetized with Halothane in the ambulatory patient.

They describe the equipment, the Method and anesthetic technique, as well as their results.

A 16 mm sound-color film, showing the management of four cases was presented.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—"Anestesia en Oftalmología".—Sesión conjunta de las Soc. de Anest. y Oftalmología en México, D. F., el 5 de Sept. de 1967. 1964.
- 2.—MOORE, J. R.—*The Surgeons Requiriments during Intra-oral Surgery.*—Brit. J. Anaesth. 40: 152, March. 1968.
- 3.—STEPHENS, K. F.—*Transportable Apparatus for Halothane Anaesthesia.*—Brit. J. Anaesth. 37: 67, Jan. 1965.
- 4.—ESCOBAR, A. G.—*Fluothane-Aire en pacientes Ambulatorios.*—Rev. Mex. de Anest. T. XVI, No. 90: 201, Mayo-Junio, 1967.
- 5.—YOUNG, D. S. AND WITHWAM, J. G.—*Observations on Dental Anaesthesia introduced with Methoexitone.*—Brit. J. Anaesth. 36: 94, Feb. 1964.
- 6.—BRANCH, D. R.—*The Role of the Anaesthesiologist in Ambulatory Dental Surgery.*—Anesth. Analg. 38: 125, 1959.
- 7.—GOLDMAN, V.—*Fluothane in Dental Surgery.*—Anesth. Analg. 38: 192, May-June, 1959.
- 8.—WEBB, E. AND GRAVES, H. B.—*Anesthesia for the Ambulant Patient.*—Anest. Analg. 38: 359, 1959.
- 9.—SADOVE, M. S., BALAGOT, R. C., AND BERNS, J. M.—*Halothane in Dental Anesthesia.*—J. Amer. Dent. Assoc. 60: 732, 1960.
- 10.—GOLDMAN, V.—*Inhalation Anaesthesia for Dentistry in the Chair.*—Brit. J. Anaesth. 40: 155, March. 1968.
- 11.—SADOVE, M. S. AND VERNON, E. W.—*Halothane.* F. A. Davis, Philadelphia. p. 94, 1962.
- 12.—WOOD-SMITH, F. G., STEWART, H. C., AND VICKERS, M. D.—*Drugs in Anaesthetic Practice.*—London Butterworths. 3rd. Ed. pp. 170-177, 1968.
- 13.—REYES TAYABAS, CARLOS.—*Resultados Clínicos del empleo del Fluothane como Anestésico Único.*—Rev. Mex. de Anest.: T. XI, No. 58, p. 43, 1962.
- 14.—FARMAN, J. V.—*Circulatory Effects of Atropine During Halothane Anaesthesia.* Brit. J. Anaesth. 39: 226, March, 1967.

