

• NARCOSIS EN ODONTOESTOMATOLOGIA

por el

Dr. Carlos Losada Agosti

EL desarrollo normal de nuestras consultas requiere muy pocas veces tener que hacer una narcosis, pues la índole de nuestras intervenciones, hace que se puedan solucionar con una anestesia local o por conducción, obviando con ellas las complicaciones y molestias que consigo acarrea una anestesia general. No compensando éstas las ventajas de una abolición total de sensibilidad.

Sin embargo, hay casos pecisos en que el odontólogo tiene que estar capacitado para poder en un momento dado hacer una narcosis.

Ahora bien, ¿cómo y con qué hacer una anestesia general en una clínica dental? En otros países principalmente Inglaterra y Norteamérica, en que los profesionales tiene otra escuela menos exquisita que nosotros, latinos, emplean casi sistemática y principa'mente para extracciones la narcosis por serles más cómodo y estar los pacientes habituados a ello, al mismo tiempo que disponen con facilidad de productos y aparatología necesaria para su administración.

No describiremos aquí ni fórmulas ni aparatos, pues esto nos apartaría de nuestro objeto, ya que no podemos usar ni unos ni otros puesto que no se encuentran, por ahora, fácilmente a nuestro alcance.

Así, pues, y después de una larga experiencia como anestesista, creemos que la "Kelenización" (Narcosis por el cloruro de etilo), es la anestesia general más aplicable en nuestras clínicas; por ser poco tóxica en dosis normales para nuestras intervenciones, ya que, según estadísticas, el cloruro de etilo produciría una muerte por cada 12-16.000 anestесias, en contra

del cloroformo, que da una muerte por cada 2.500, y el éter, por cada 8.000 casos.

Tiene el cloruro de étilo, un inconveniente para nosotros y es la corta duración de la anestesia, puesto que se elimina por los pu'mones igual que se injiere, y al quitar la mascarilla para nuestras manipulaciones en boca, el paciente respira aire y se despierta rápidamente.

Siendo ésto también una de sus ventajas. Por esto sus aplicaciones odontológicas son precisas y limitadas (avulsión de dientes en niños, dilatación de abscesos, perforar una cámara pulpar, etc.)

La técnica de la narcosis por el cloruro de etilo no es difícil, pero sí requiere tener en cuenta algunas de sus particularidades que la diferencian de las otras producidas por otros anestésicos usuales como el éter o el cloroformo.

Sabido es que toda narcosis por inhalación tiene tres períodos o mejor dicho cuatro: período de comienzo, no están abolidos los reflejos ni el tono muscular; período de excitación, hay casi siempre verborrea, contracturas y sacudidas musculares, continúan los reflejos; período de anestesia, relajación del tono muscular y abolición de reflejos; y período de anestesia profunda con abolición de reflejos y relajación de esfínteres.

Este período de anestesia profunda se alcanza pocas veces, lo uno por no ser casi nunca preciso, y lo otro porque entre este período de anestesia profunda y la muerte hay muy poca distancia.

En la narcosis por cloroformo (cada vez más proscrita) es fácil llegar al período peligroso, pues su zona, que llamaríamos de manejabilidad, es muy pequeña, y un anestesista poco experto puede producir accidentes que no tendrán remedio.

Le oí decir una vez al Profesor Krause, gran cirujano de cráneo, que el mayor peligro del cloroformo era precisamente su facilidad de manejo. Cualquiera, y esto lo hemos visto muchas veces, con una mascarilla o simplemente con una torunda en el hueco de la mano y un frasco cuenta-gotas o no, hace una narcosis con cloroformo, sin necesidad de más conocimientos.

En el éter, la zona de manejabilidad es más amplia, sien-

do difícil llegar a la relajación de esfínteres. Su técnica es un poco más complicada y requiere más atención que el cloroformo; sin embargo, con los modernos aparatos de eterización se ha simplificado bastante su manejo.

El cloruro de etilo tiene su técnica propia, que difiere bastante de los otros anestésicos, sobre todo en su empleo como anestésico fugaz en una clínica dental.

Su zona manejable es muy pequeña, pero muy distanciada de la zona mortal, y sus períodos no llevan el mismo orden de aparición; así, pues, su período de comienzo y sueño crepuscular profundo (que es el que nosotros hemos de aprovechar) van seguidos del sueño narcótico con relajación del tono muscular, sin pasar casi por período de excitación, tan corto éste que en las buenas anestесias pasa desapercibido, apareciendo la excitación violenta en cuanto se excede la dosis de anestésico necesaria y justa para el sueño narcótico.

Esto confunde al anestesista poco ducho, pues ocurre al revés que con los narcóticos corrientes, o sea a más excitación, más dosis, y con el keleno: a más excitación, menos dosis; pero se corre el riesgo de que el paciente recobre el tono muscular y despierte. Ahí está la dificultad de la narcosis por el cloruro de etilo. Sin embargo, con un poco de práctica, y teniendo en cuenta que tampoco debe uno guiarse por el reflejo pupilar, sino más bien por el color de la cara del anestesiado, se consiguen buenas anestесias prolongadas. Ahora bien, no hay que olvidar que una kelenización muy prolongada es tóxica.

Naturalmente, existen aparatos complicados y sencillos para dosificar el anestésico en gota a gota y para administrarlo en combinación con éter.

En práctica dental, la cosa es mucho más sencilla: el sueño no es necesario que sea muy profundo ni de larga duración. Solamente requiere una mascarilla que cierre bien la cara (con borde blando de goma) y con un dispositivo para recoger la gota de anestésico y evaporarlo al paso del aire.

Nosotros usamos una mascarilla que mandamos construir inspirados en las que se usan en la industria para filtrar el aire cargado de materias en suspensión, que cierra muy bien sus bordes y permite la cómoda irrigación del líquido narcótico.

Así, pues, una vez bien orientados en la intervención que vamos a hacer, bien pensados todos sus tiempos e instrumental necesario dispuesto al alcance de la mano, y “siempre” con un ayudante (aunque sea profano) para que pueda “echar una mano” y al tiempo para que sea testigo de lo que en realidad se ha hecho, pues no ha sido la primera vez que se ha culpado a un profesional de actos cometidos por él en el paciente dormido, ya porque éste lo soñó durante la anestesia, ya porque vino a casa del profesional para que lo durmiera y luego hacer recaer sobre él la justificación de alguna cosa ocurrida en otro lugar.

Así dispuestos, y después de poner un abrebocas que quepa dentro de la mascarilla, aplicaremos ésta a la cara del paciente, tranquilizándole con la palabra y mandándole contar, al tiempo que mojamos con un chorrito fino la gasa del filtro, para al cabo de unos segundos, y a medida que la respiración del paciente va evaporando el anestésico, ir dejando caer gota a gota la dosis necesaria para producir el sueño. Teniendo un poco de costumbre y práctica, no es necesario mandar contar al paciente para saber cuándo es el momento de intervenir. Dos recomendaciones hemos de hacer aún: la una es que si se trata de pacientes infantiles, conviene hacerles orinar antes, pues a veces, durante el sueño, pueden orinarse si tienen la vejiga repleta; la otra es que el ayudante o los presentes no hagan ningún comentario; sabido es que en narcosis lo último que se pierde es el oído, y también es lo primero que se recobra.

Quitada la mascarilla y hecha la intervención que debe de hacerse en la posición corriente de sentado, evitando así, si es una avulsión, el riesgo de tragar sangre a la tráquea, o que se pueda escurrir del fórceps la pieza extraída e ir a la laringe, se deja que el paciente respire aire y se despertará en cuatro o seis minutos.

Aunque se le vea con los ojos abiertos y en posesión de su tono muscular, no conviene decirle nada ni hacer ninguna manipulación antes de ese tiempo, pues aunque parece despierto, no lo está completamente.

La ventaja de la kelenización es precisamente ésta, y es que en ese corto tiempo el paciente ha eliminado por sus pulmones todo el anestésico ingerido.

Se ha de tener en cuenta, y por esto lo repito, que el cloruro de etilo se elimina igual que se injirió, o sea como tal gas de cloruro de etilo, que, mezclado con el aire, se convierte en mezcla explosiva; por esto se ha de obviar cualquier manipulación con cauterio alta frecuencia y la proximidad de cualquier llama. Conocemos dos casos de explosión pulmonar por no haber tenido este detalle en cuenta.

Hay casos, sin embargo, que requieren una narcosis más profunda y de más duración, como es, por ejemplo, la avulsión laboriosa de un tercer molar inferior producto de un absceso de suelo de boca con su subsiguiente desbridamiento y drenaje. Esto necesita más tiempo, y el hacer una narcosis por inhalación teniendo que trabajar en boca resulta hartamente engorroso, ya que habrá que recurrir a la anestesia por intubación naso-traqueal, que requiere una aparatología y técnica sencillas, pero no fáciles de adquirir. Por esto, en nuestras intervenciones estomatológicas hemos tenido resultados satisfactorios con la anestesia general por los barbitúricos. El más recomendable es el evipán sódico, por su fácil manejo y dosificación, así como sus pocas contraindicaciones. Mas como es sabido que la anestesia por el evipán es de una duración relativamente corta (doce-dieciocho minutos), si el caso lo requiere, recurrimos al método Goyanes, que consiste en inyectar intramuscularmente una cantidad igual a la inyectada por vía endovenosa para obtener el sueño, haciendo esto un minuto después de obtenido éste. De esta forma, pasados los dieciséis-dieciocho minutos de sueño producido por el barbitúrico inyectado en la sangre, ésta continúa teniendo barbitúrico suficiente para mantener el sueño al absorber los capilares el evipán almacenado en la inyección intramuscular. De esta forma hemos obtenido anestесias hasta de cuatro horas, tiempo más que suficiente para terminar la más laboriosa intervención.

Naturalmente, inmediatamente después de una anestesia barbitúrica no puede el paciente irse a su casa; claro está que esta clase de intervenciones no se suelen hacer en una clínica dental corriente.