

ANESTESIA PARA ODONTOLOGÍA – CUIDADOS ESPECIALES SCD

Anestesia Tutorial de la semana 281, 18 de febrero de 2013

[281 Anaesthesia for Special Care Dentistry](#)

Dr Kirstie McPherson; Dr Navdeep Kumar

Dr Irene Bouras;

University College Hospital, London

Correspondence to kirstmcp@gmail.com

(Artículo Traducido por: Dra. Bibiana Mortati, Argentina)

PREGUNTAS

Antes de continuar responda las siguientes preguntas. Las respuestas las encontrará al final del artículo, junto a una explicación.

1. Referente a cuidados especiales en odontología:

- a. Los pacientes siempre requieren anestesia general
- b. La mayoría de los procedimientos se realizan en forma ambulatoria
- c. El odontólogo actúa con mayor interés si su paciente con capacidades disminuidas no tiene familia.
- d. Los pacientes con fobia al odontólogo necesitan cuidados especiales.

2. Premedicación:

- a. Es preferible evitar la administración de ketamina intramuscular.
- b. El midazolam es lo más efectivo para sedación
- c. Cuando premedicamos al paciente con sedantes, la sedación profunda sería el objetivo para lograr la inducción de la anestesia.
- d. Los efectos de la administración de sedantes, son predecibles en este grupo de pacientes.

3. Consideraciones intraoperatorias:

- a. Una MAC de >1,5 es aconsejable durante el intraoperatorio.
- b. Aspirar la orofaringe bajo visión directa es recomendable ante una emergencia.
- c. Los pacientes usualmente requieren el uso de opiáceos intraoperatorios.

4. Cuidados postoperatorios:

- a. Utilizar un bloque de mordida cuando use tubo endotraqueal o máscara laríngea.
- b. Debe informarse al paciente en forma verbal y escrita las instrucciones a seguir ante una complicación y número de contacto para su resolución.
- c. La cánula intravenosa debe ser retirada pronto para evitar el discomfort del paciente.
- d. Se debe contar con un establecimiento de internación ante la eventualidad de que al paciente no pueda darse de alta en el día.

INTRODUCCIÓN:

Las discapacidades, particularmente en la población adulta, tanto físicas, intelectuales, médicas, emocionales sensoriales o sociales, impiden en muchos casos a acceder a los cuidados de salud, en este caso el cuidado de la salud bucal, es por eso que este artículo tiene como objetivo desarrollar estrategias para abordar al grupo de pacientes que requieran anestesia general, para llevar a cabo dichos procedimientos.

GRUPOS DE PACIENTES:

Severas dificultades de aprendizaje

Ansiedad Fobias

Enfermedades psiquiátricas

Incapacidad física, desórdenes del movimiento

Co-morbilidades, en las que la sedación podría no ser segura y necesidad de un monitoreo adecuado.

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS:

Se debe tener en cuenta el traslado hacia y desde la institución donde se realizará el procedimiento. Ésta debe contar con instalaciones adecuadas para acceder con silla de ruedas, así también con lugar para los acompañantes, servicio adicional de Rx y ECG en lo posible. Personal entrenado en SCD, la mayoría de los procedimientos se realizan en centros de día, aunque debe estar disponible la opción de una internación más prolongada si la situación lo requiriese.

VALORACION CLÍNICA

Es fundamental la evaluación preanestésica varios días previos con el objetivo de chequear el nivel de comunicación y movilidad, así como detalles de la medicación que se le suministra

regularmente y tener en cuenta los datos aportados por otros profesionales relacionados con el paciente, ya que muchas veces la realización del ECG y test en sangre pueden ser imposibles de realizar. También se evaluará la dificultad de la vía aérea y el estado de la red venosa.

CONSENTIMIENTO

El odontólogo debe realizar un balance de riesgo beneficio, sobre administrar al paciente el tratamiento adecuado teniendo en cuenta su estado de salud en general, e informarlo al paciente o al familiar más cercano y de esa forma obtener el consentimiento.

Instrucciones Escritas

Además de comunicarlas en forma verbal deben ser escritas y deben contener información sobre el ayuno, la premedicación, la medicación que debe ser suspendida el día de la cirugía, la hora de arribo a la institución, la forma de transporte y presencia de acompañante, los elementos a traer consigo, las instrucciones sobre analgesia postoperatoria, dieta y medicación, así como también números telefónicos de cirugía y anestesia por eventual manejo de complicaciones postoperatorias.

EN EL DÍA DE LA CIRUGÍA

Premedicación:

Es habitual en estos pacientes administrar sedantes preoperatorios y es importante que esto no sea una experiencia traumática, pues es probable que sean sometidos en varias oportunidades a procedimientos bajo anestesia a lo largo de su vida y esto no tiene que ser recordado como una experiencia desagradable.

El objetivo es conseguir un grado de sedación de leve a moderado, ya que es importante no poner en riesgo la ventilación del paciente, esto se logra utilizando dosis bajas de ansiolíticos, incluso se puede disimular el sabor de la droga utilizando bebidas dulces, para su administración y utilizar drogas de vida media corta.

Son utilizadas Midazolam 0.1-0.4 mg/kg vía oral, o ketamina 15 mg/kg hasta 500 mg.

Estos pacientes pueden requerir dosis inferiores a las recomendadas ya que son más sensibles a la depresión respiratoria causada por las benzodiazepinas. Puede ser que el paciente rechace la vía oral y que tenga que recurrirse a la vía intranasal midazolam 0.05-0.2 mg/kg o ketamina 3 -5 mg/kg. Como último recurso debe recurrirse a la ketamina intramuscular 1-2 mg/kg, también a la utilización de anestésicos locales de uso tópico. Es utilizado EMLA para la colocación de venoclisis.

La biodisponibilidad del midazolam intranasal es del 70% a dosis de 0.25 mg/kg alcanza su pico plasmático a los veinte y cinco minutos con una adecuada sedación cercana a los 10 minutos, es conveniente adicionar lidocaína para evitar la sensación de ardor al administrarla por esta vía.

Un estudio multicéntrico demostró que en un grupo de pacientes en el que había resistencia para realizar la canulación venosa así también a la inducción inhalatoria, la administración de midazolam intranasal con un rango de dosis de 4-15 mg seguidas de canulación venosa y incrementos de dosis requeridas por esta vía, fueron suficientes para realizar los procedimientos odontológicos en el 91,4%(n=203). Sólo el 8,5%(n=19) no pudo tolerar el tratamiento con esta estrategia, un solo paciente requirió de O2 suplementario para corregir la desaturación.

Se prefiere evitar el uso de barbitúricos o clonidina por el perfil farmacocinético de las mismas.

Inducción:

Es necesario cuidar los detalles como por ejemplo retirar agujas del alcance de la vista del paciente, bajar la luz del quirófano para no incomodar al paciente sedado,

La inducción inhalatoria o intravenosa puede ser administrada a veces por el mismo paciente.

PUNTOS A CONSIDERAR PARA ANESTESIA DENTAL

- Compartir vía aérea o canal de trabajo
- Considerar Intubación nasotraqueal
- Colocación de pack orofaríngeo
- Vasoconstrictor
- Protección ocular
- Riesgo de laringospasmo
- Analgesia y prevención de vómitos postoperatorios.

Manejo de la Vía Aérea:

Un tubo intranasal proporciona un mejor campo quirúrgico, a veces se deben utilizar imágenes para determinar el alcance del proceso y para eso es necesario contar con un buen campo de trabajo.

Debe utilizarse un vasoconstrictor para reducir el riesgo de epistaxis. El paciente debe ser advertido sobre dolor de garganta o sangrado nasal. En ocasiones suele ser difícil evaluar la dificultad de la vía aérea en el preoperatorio, por lo que se requiere tener al alcance un

fibroscopio. En todo momento debe asegurarse la oxigenación del paciente, es por eso que deben vigilarse los cambios de posición del tubo endotraqueal o máscara laríngea y mantener sellada la vía aérea, previniendo a esta manera la posible aspiración de restos de piezas dentarias o sangre, a veces es común utilizar un packing en orofaringe.

MONITOREO:

Luego de la inducción, el monitoreo estándar debe continuarse a lo largo de todo el procedimiento. La medición de la saturación de oxígeno suele ser suficiente. En nuestro caso un monitor de la profundidad anestésica permite al anesthesiólogo mantener al paciente con 0.5 MAC, por ser procedimientos con mínima estimulación.

MANTENIMIENTO DE LA ANESTESIA:

Debemos elegir drogas de vida media corta, ya que son cirugías ambulatorias. Para esto elegimos Sevoflurano, Desflurano y Propofol, tenemos que administrar además un antiemético y dexametasona 0.1 mg/kg. Antibioticoterapia y si es necesario profilaxis de TEP.

Analgesia:

Con AINES y una infiltración al comienzo del procedimiento con AL es suficiente. Al finalizar el procedimiento puede infiltrarse la zona con AL de vida media larga. Evitar los opiáceos por la sedación residual.

Posición:

Puede presentarse un paciente con deformidades o vicios posturales que debemos cuidar, principalmente los puntos de apoyo, así como también la protección ocular.

TIPOS DE PROCEDIMIENTO DENTALES:

Extracciones, reparaciones de caries, examen de la cavidad oral, higiene de la misma, tratamiento periodontal, radiografías intraorales.

EMERGENCIA Y EXTUBACIÓN:

Antes de proceder a la extubación, debemos considerar la ausencia de restos dentarios o sangre que podrían ocasionar un laringoespasma o aspiración pulmonar, para esto debemos aspirar la hipofaringe, así como también retirar el pack orotraqueal si este fue colocado. Revertir los relajantes musculares.

La decisión de extubar al paciente dormido o despierto depende de la habilidad del profesional, si opta por la extubación dormido debería tener a mano los elementos del

algoritmo de vía aérea de emergencia. La intubación nasotraqueal es mejor tolerada y es poco probable que el paciente tosa con el consiguiente aumento de la presión y sangrado excesivo.

MANEJO POSTOPERATORIO:

Recuperación: el paciente luego de recuperar los reflejos deglutorios protectores y con ventilación suficiente, pasa a sala de recuperación con indicaciones al encargado de la misma, sobre las limitaciones del paciente o comportamiento esperado por el mismo. Ajustar la cánula intravenosa para evitar desconexiones.

La Analgesia para su hogar debe ser prescrita.

ALTA MÉDICA SEGURA:

Todos los pacientes deben ser evaluados antes del alta, que habitualmente se realiza ese mismo día. Un pequeño porcentaje queda internado ante alguna eventualidad.

Los cuidados a tener en cuenta en el postoperatorio deben ser formulados en forma verbal y escrita, al igual que el plan analgésico, a la persona responsable del cuidado del paciente.

RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS:

1_F-V-F-V

Este grupo de pacientes no siempre se verá beneficiado con la anestesia general, ya que puede presentar co-morbilidades que requieran el manejo interdisciplinario con otros profesionales, cada caso debe evaluarse individualmente. Hay que encontrar a la persona que tiene a su cargo al paciente, o en su defecto a quien corresponda legalmente.

2-T-T-F-F

Se debe lograr un leve a moderado nivel de ansiólisis, esto se consigue administrando midazolam intranasal u oral. La sedación en este grupo de pacientes es impredecible por el efecto sumatorio de la medicación de base, que puede ocasionar sedación residual.

3-F-V-F-F

Los opiáceos no son requeridos en este tipo de procedimientos.

4-V-V-V-F

La cánula intravenosa debe ser removida luego de la completa recuperación del paciente, previendo una situación de emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS y LECTURAS ADICIONALES

1. WHO World Report on Disability 2011.
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html accessed 5th October 2012
2. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions Illness, Disability and Social Inclusion Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2003. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/35/en/1/ef0335en.pdf> accessed 5th October 2012
3. World Health Organisation's International Classification of Functioning, Disability and Health <http://www.who.int/classifications/icf/en/> accessed 5th October 2012
4. Joint Advisory Committee for Special Care Dentistry (2003a) Training in Special Care Dentistry; London JACSCD.
5. The Mental Capacity Act HMSO, 2005
6. Chiaretti A, Barone G, Rigante D, Ruggiero A. Intranasal lidocaine and midazolam for procedural sedation in children. Arch Dis Child 2011;96 (2):160-3
7. Wermeling D, Record K, Archer S, Rudy A. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a new intranasal midazolam formulation. Anesth Anal 2006; 103:344-349
8. Burstein AH, Modica R, Hatton M, Forrest A, Gengo F. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of midazolam after intranasal administration. J Clin Pharmacol 1997; 37:711-718
9. Manley M, Ransford N, Lewis D, Thompson S, Forbes M. Retrospective audit of the efficacy and safety of the combined intranasal/intravenous midazolam sedation technique for the dental treatment of adults with learning disability. British Dental Journal 2008; 205: E3
10. http://www.bsdh.org.uk/guidelines/BSDH_Clinical_Holding_Guideline_Jan_2010.pdf
Accessed 5th October 2012
11. Henderson JJ, Popat MT, Latta IP, Pearce AC. Difficult Airway Society guidelines for management of the unanticipated difficult intubation. Anaesthesia 2004; 59: 675-94
12. Visvanathan T, Kluger M, Webb R, Westhorp