Universidad Nacional de Chimborazo

Técnicas de anestesia

Clínica Integral III

Balcázar Geraldine
Bonilla Katherine
Cajas Brayan
Cevallos Génesis

Chávez Ana
Naranjo Estefany
Rivera Fabricio
Vimos Nicole

Dr. Raciel Sánchez

01

Anestesia local

Anestesia local

Son sustancias químicas que bloquean la conducción nerviosa de una manera específica, temporal y reversible.

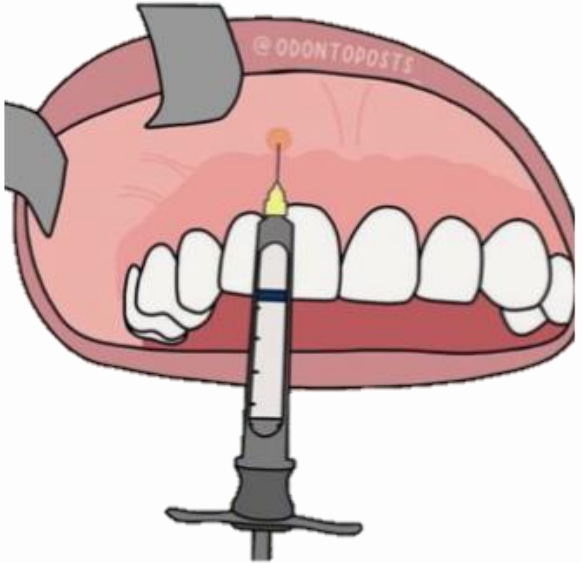
Tipos de anestésicos locales

AMIDA	ESTERES
Degradada y metabolizada más lentamente por los microsomas hepáticas.	Son rápidamente hidrolizados en el plasma por la seudocolinesterasa.
Lidocaina Prilocaina Mepivacaina Articaina Bupicaina	Cocaína Procaina Tetracaina

Técnicas de infiltración

Anestesia Infiltrativa

También llamada terminal o periférica, se emplea generalmente en el maxilar, dadas las características anatómicas de este hueso de tipo laminar y cortical poco denso, y la vascularización abundante y plexiforme que posee.



Anestesia Infiltrativa

Supra perióstica

Se realiza cerca de la región apical del diente, en el fondo del vestíbulo en el tejido celular laxo

Colocando la aguja con el bisel dirigido hacia el hueso, sin tocar el periostio y soltando el líquido lentamente y sin presión.

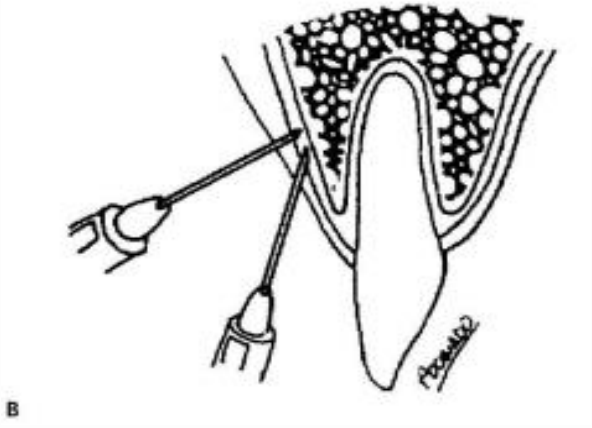
Con los dedos de la mano contraria se eleva el labio para facilitar la maniobra.

Se logra anestesiar la pulpa dentaria, ligamento periodontal, hueso, periostio y mucosa vestibular. Es suficiente para la preparación de cavidades, tallados y desvitalizaciones.

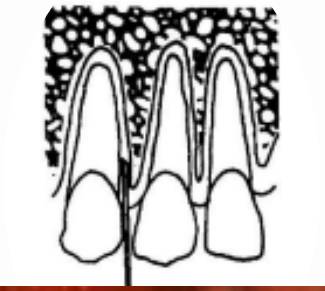
En la exodoncia, es necesario complementarla con anestesia a nivel palatino.

Anestesia Infiltrativa Subperióstica

Se realiza la punción de la fibromucosa adherente vestibular en la región cervical del diente.
La aguja se coloca oblicuamente primero y se inclina después hasta dejarla en situación paralela penetrando entre el periostio y el hueso. Se inyecta despacio para evitar un despegamiento brusco y muy doloroso.
En palatino se introduce la aguja perpendicularmente a 1 cm del margen gingival hasta llegar al hueso y la inyección se hace a presión
Puede provocar alveolitis y necrosis de la fibromucosa a nivel palatino.



Anestesia Infiltrativa Intraligamentosa



Se basa en la inyección en el espacio periodontal, entre diente y hueso.

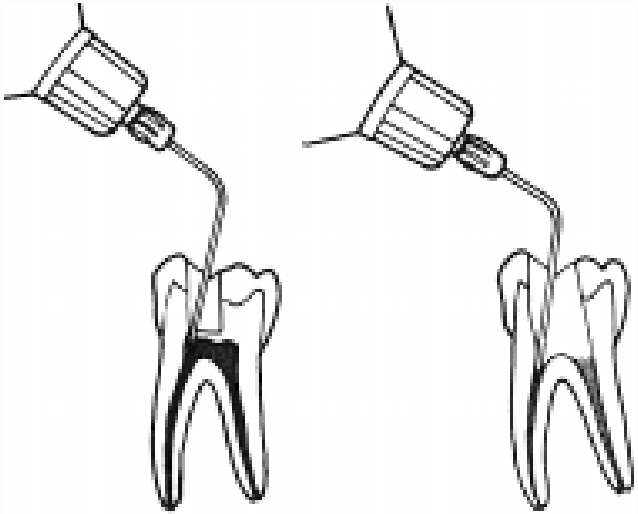
Es una de las opciones iniciales en tratamientos conservadores o endodóncicos.

Está indicada para exodoncias en pacientes anticoagulados, aprovechando su efecto isquémico.

Anestesia Infiltrativa

Intrapulpar

- Se utiliza en endodoncia cuando tras una técnica supraperióstica o troncular, no se alcanza la anestesia total de la pulpa dentaria y la entrada en la cámara es sensible.
- Entonces, la inyección lenta intrapulpar de anestésico es definitiva.



MAXILAR SUPERIOR

Nervio dentario anterior

Nervio dentario anterior

- La anestesia se practica a la altura del agujero infraorbitario.
- Por tanto, se consigue la anestesia de ambos premolares y la raíz mesial del primer molar además de la de los filetes terminales del infraorbitario (labiales, nasales y palpebrales).
- La anestesia se puede practicar por las vías bucal y cutánea.

Nervio dentario anterior

Via bucal.

1. Se palpa el reborde orbitario y debajo de él, a unos 6-7 mm, en una línea vertical que va de la pupila a través del segundo premolar inferior al agujero mentoniano, se encuentra el agujero infraorbitario. Con el dedo medio colocado sobre este orificio, se levanta el labio con los dedos índice y pulgar hasta descubrir el surco vestibular.
2. La aguja se puede dirigir oblicuamente desde el incisivo central o directamente desde los premolares. La punción se realiza por encima del surco vestibular para evitar el depósito del anestésico en la fosa canina
3. El dedo colocado sobre el agujero infraorbitario constata la llegada del líquido a la vez que impide su paso al tejido palpebral laxo.

Nervio dentario posterior

Con la boca entreabierta se palpa la apófisis cigomática a la altura del primer molar en el fondo vestibular. Por detrás de ella, aproximadamente en distal del segundo molar, se practica la punción.

El paciente debe cerrar la boca en ese momento para desplazar hacia atrás la apófisis coronoides y obtener mayor elasticidad de la comisura

La aguja penetrará hacia arriba, atrás y adentro, contorneando el hueso sin perder su contacto, con el bisel dirigido hacia él y evitando la punción de los plexos venosos pterigoideos, ramas de la maxilar interna o bola de Bichat

A medida que se profundiza, se dirigirá la jeringa hacia fuera para que la aguja vaya hacia dentro, hacia la cara anterior de la fosa pterigomaxilar.

Si se llega muy arriba, se puede anestesiar el tronco maxilar completo o incluso entrar en la base del cráneo.

Nervio nasopalatino

Vía bucal

1. Se realiza en el agujero palatino anterior. Se insensibiliza la región palatino-incisivo-canina sin olvidar la inervación cruzada que hay con el nervio palatino anterior a la altura del canino.
2. El paciente debe estar con la cabeza extendida hacia atrás. La punción se efectúa en la papila palatina situada en la línea media detrás de la papila interdental incisiva

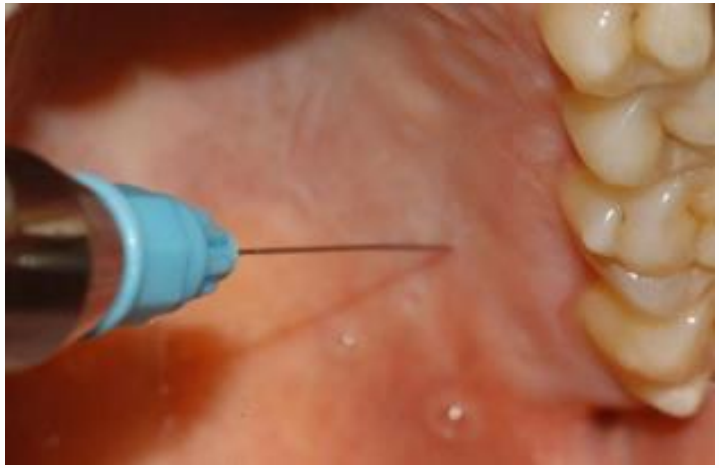
Al estar formada aquella por tejido fibroso muy inervado, la inyección suele ser muy dolorosa.

Nervio palatino anterior

El agujero palatino posterior se encuentra en el fondo de una pequeña depresión, apreciable al tacto, situada a la altura del segundo molar, en un punto medio entre el margen gingival y el rafe medio, aproximadamente a 0,5 cm por delante del borde posterior del paladar óseo.

Con la cabeza hacia atrás, la punción en este caso se realiza dirigiendo la aguja perpendicularmente al paladar, desde el lado contrario, de abajo arriba, de adentro afuera y de delante atrás.

No se debe penetrar más allá del bisel de la aguja, es decir, sin entrar en el conducto palatino, depositando unas gotas sin presión.



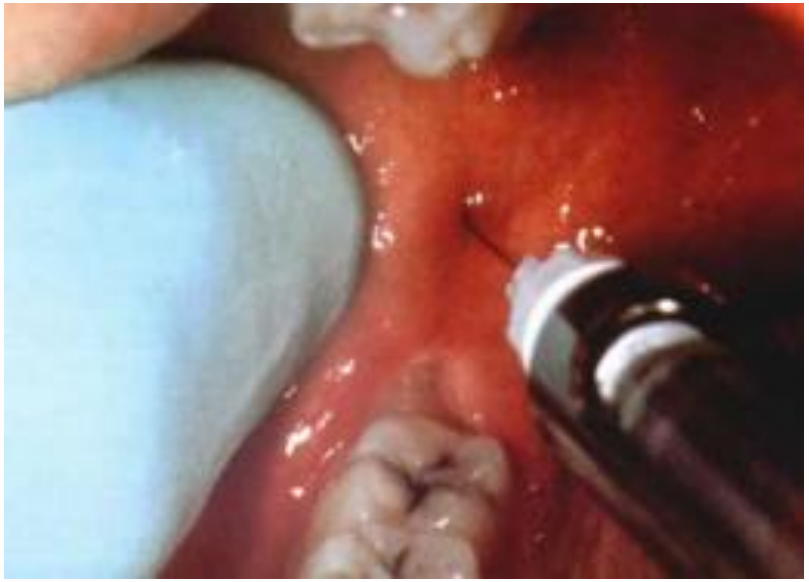
MAXILAR INFERIOR

Nervio dentario inferior

Se coloca el índice de la mano izquierda forma que su borde radial repose sobre el fondo del vestíbulo inferior;

su cara dorsal contactará con la superficie vestibular de los molares -o de los premolares si no hay molares-, mientras que su cara palmar se apoyará sobre la mucosa yugal: la uña queda pues encarada a lingual.

Se hace avanzar el dedo hasta que, llegando al trígono, toque la línea oblicua interna. La altura teórica del punto de punción se obtiene si prolongamos hacia atrás una línea imaginaria que empiece justo en el medio de la uña



Nervio bucal

La punción se puede realizar a diferentes niveles: En el fondo vestibular a la altura del segundo o tercer molar, cuando no haya procesos inflamatorios a este nivel.

Puncionando sobre el borde anterior y la parte anterior de la cara interna de la rama, a la misma altura que para el dentario.

En la mejilla, 1 cm por detrás y por debajo de la desembocadura del conducto de Stenon, dirigiendo la aguja hacia el borde anterior de la rama.

Nervio lingual

1. La anestesia se puede obtener con más eficacia cuando al extraer la aguja, a 1 cm aproximadamente
2. Se inclina esta hacia dentro de modo que la jeringa quede paralela a las superficies vestibulares de los molares y se deposita el resto del anestésico.
3. Se puede hacer también el bloqueo en el trayecto del lingual, inyectando submucosamente por detrás de la región que se va a intervenir y a la altura de la encía lingual.

Estas punciones pueden ser peligrosas, con posibilidad de complicaciones infecciosas del suelo bucal

Nervio mentoniano

1. Se separa el labio y se punciona en el fondo de saco vestibular del segundo premolar. El agujero mentoniano se encuentra entre los ápices de los dos premolares.
2. El conducto se dirige de adentro afuera, de adelante atrás y de abajo arriba. Por ello la aguja debe ir en el sentido contrario al descrito: de atrás adelante, de afuera adentro y de arriba abajo (fig. 6-20).
3. Se penetrará solo 4 o 5 mm en dicho conducto. Si el líquido no entra directamente, se practicará un masaje sobre la zona para facilitar su paso.

Es conveniente, para evitar el dolor producido en la punción del nervio, inyectar previamente unas gotas y esperar su efecto.

Nervio maseterino

1. Se practica a la altura de la escotadura sigmoidea, por delante del cóndilo y debajo del cigoma y a 2 o 2,5 cm de profundidad.
2. Se consigue la apertura de la boca en los casos en que el trismo se deba a la contracción del masetero y distraer su atención. Si con estas medidas no mejora, se realizarán las de reanimación necesarias.

Dentro de estas complicaciones generales, hay que destacar la posibilidad de provocar una diseminación bacteriana o transmitir una hepatitis o el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida).

Complicaciones de la anestesia local

Complicaciones locales inmediatas

Rotura de la aguja

Causas

- Debilitamiento de la aguja dental al ser doblada antes de su inserción
- Movimiento brusco inesperado del paciente
- Defecto de fabrica

Tratamiento

- Mantener la calma y explicar al paciente
- Solicitar al paciente que no se mueva y mantener boca abierta
- Si el fragmento es visible retirarlo con pinzas
- Si no es visible no realizar incision ni intentar sacarla
- Remitir a cirugia o mantener la aguja rota si su retirada parece complicada

Complicaciones de la anestesia local

Parestesia

- Sensación de endurecimiento horas o días después de la infiltración
- **Causas**
- Traumatismo nervioso
- Concentración de anestésicos

Tratamiento

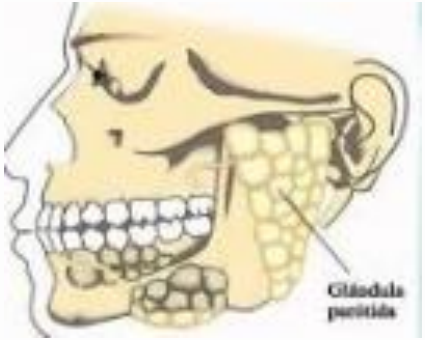
La mayoría se resuelven en 8 semanas sin tratamiento
Hable con el paciente personalmente explicando la condición en la que se encuentra
Examine al paciente
Explicar que pueden durar hasta 1 año
Citas cada mes

Complicaciones de la anestesia local

Parálisis del nervio facial

Causa

- Inducción de anestésico en el interior de la glándula parótida (nervio facial)



Tratamiento

- Tranquilizar al paciente y explicar que es una situación transitoria
- Colocar gotas para lubricar el ojo y un parche para protegerlo
- Si utiliza lentes de contacto retirarlos
- Registrar en la historia clinica del paciente

Complicaciones de la anestesia local

Trismus

Espasmo prolongaos de los músculos mandibulares que provoca incapacidad para abrir la boca

Causa

- Traumatismo muscular o vascular infratemporal
- Hemorragia
- Infección latente tras la punción

Tratamiento

- Terapias de calor
- Enjuagues con suero salino tibio
- Analgésicos
- Relajantes musculares
- Mejoría en 48 – 72 hrs

Complicaciones de la anestesia local

Lesiones en los tejidos blandos

Mordedura del paciente sobre los tejidos mientras permanecía anestesiado

- Mas común en niños y personas con discapacidad física o psíquica

Tratamiento

- Analgésicos para el dolor si fueran necesarios
- Enjuagues salinos
- Pomadas para aftas
- Antibióticos en caso necesario

Complicaciones de la anestesia local

Hematoma

La salida de sangre a espacios extravasculares pueden producirse por una laceración de un vaso (arterial o venoso) durante la infiltración de un anestésico local

- El bloqueo del nervio alveolar superior posterior suele producir los hematomas de peor aspecto estético
- Para parar la hemorragia se debe ejercer presión no menos de 2 minutos

Tratamiento

- Aplicar presión en la zona afectada
- Colocar comprensa de hielo las primeras horas
- Aplicar calor después de 24 hrs
- Si existe dolor se puede suministrar un analgésico
- 7-14 días

Complicaciones de la anestesia local

Enfisema

Infiltración de aire al tejido celular subcutáneo

Tratamiento

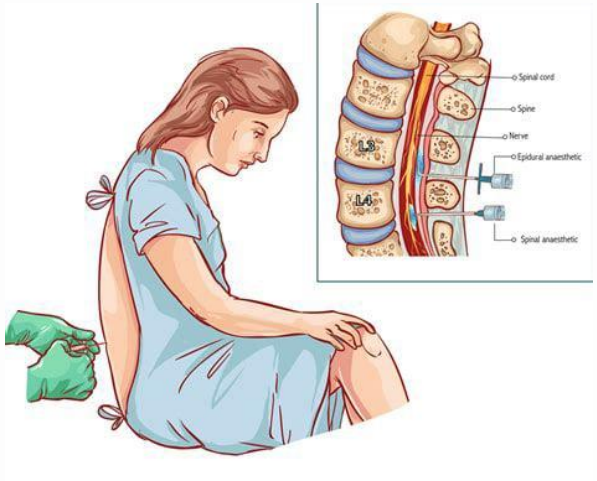
- Sintomático
- Compresas de agua caliente
- Analgésico si se requiere

02

Anestesia regional

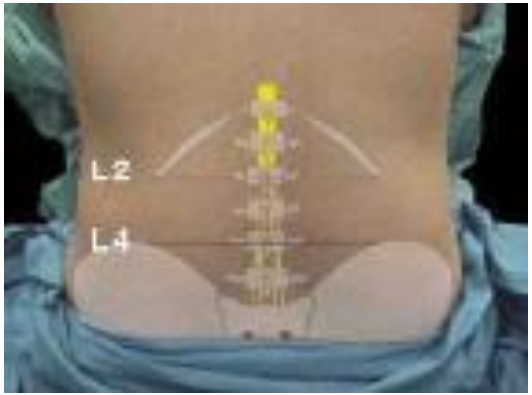
Anestesia regional

- Es un tipo de anestesia que se administra en una región específica del cuerpo, bloqueando la sensación de dolor en esa área mientras el paciente permanece despierto. Este tipo de anestesia incluye bloqueos nerviosos como la epidural, la raquídea o los bloqueos de nervios periféricos.



Anestesia raquídea o espinal

Colocación de fármaco (anestésico local) en el espacio subaracnoideo a través del espacio intervertebral lumbar. Por debajo de L2, L3, L4, L5



Finalidad

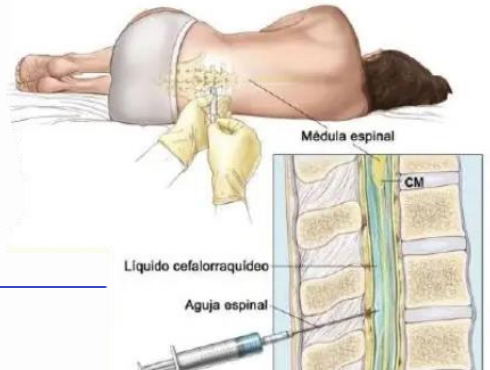
- Producir bloqueo nervioso reversible, obteniendo una pérdida de la actividad vegetativa, sensitiva y motora
- Se bloquea la actividad vegetativa.
- Actividad vegetativa nos referimos al sistema autónomo, como respiración, digestión, excreción, temperatura.
- La médula espinal llega hasta L1-L2 en el 90% de los casos y después se continúa con la cola de caballo.

Técnica- Anestesia raquídea o espinal

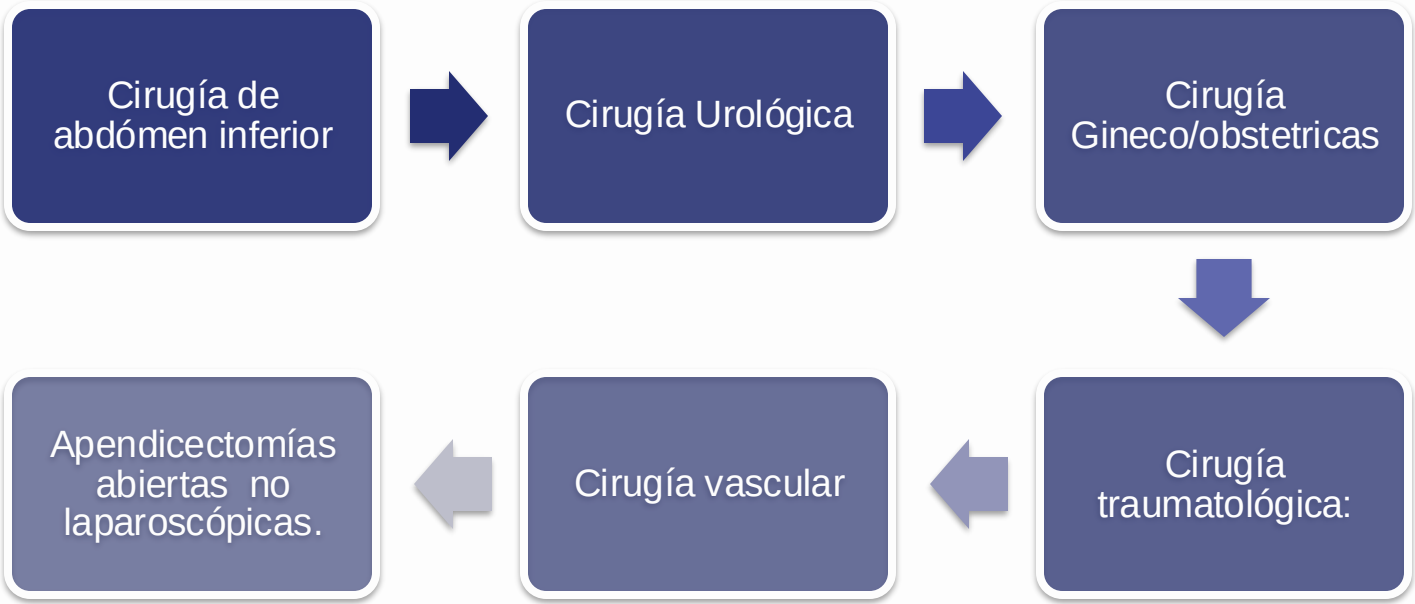
- Posición sentada o Decúbito Lateral.
- Espacios L2 L3, L3 –L4 o L4 – L5 o Flexión máxima de columna lumbar.
- Aplicar con aguja Nº 27 (fina)
- Asepsia con alcohol yodado, clorhexidina, yodopovidona.
- Después de ver salir LCR
- Anestésico local Bupivacaina 0.5% 3ml
- **Duración** 3 a 4 horas.
- **Latencia** 5 min.
- Mesa recta, inyección lenta.

Posición del paciente

- Se debe colocar al paciente sobre un costado con la espalda hacia el médico
- Los muslos y las piernas se doblan todo lo posible para incrementar el espacio entre las apófisis espinosas
- Facilitar el acceso al espacio subaracnoideo
- **Equipo :** Aguja whitacre 27 GA o 25 GA
- Acceso al espacio epidural y espinal

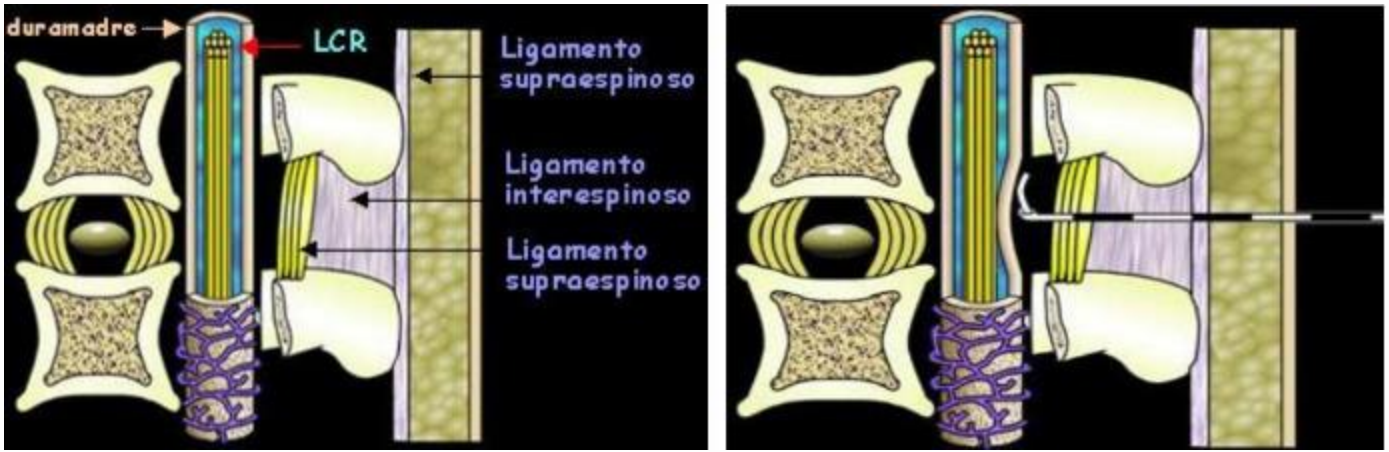


Indicaciones - Anestesia raquídea o espinal



Anestesia epidural o peridural

- Es la colocación de solución de anestésico local por inyección en el espacio Epidural ingresando por la zona lumbar. ES UN ESPACIO ANTES QUE EL ESPACIO RAQUIDEO.POR FUERA DE LA DURAMADRE} Acceso al espacio epidural



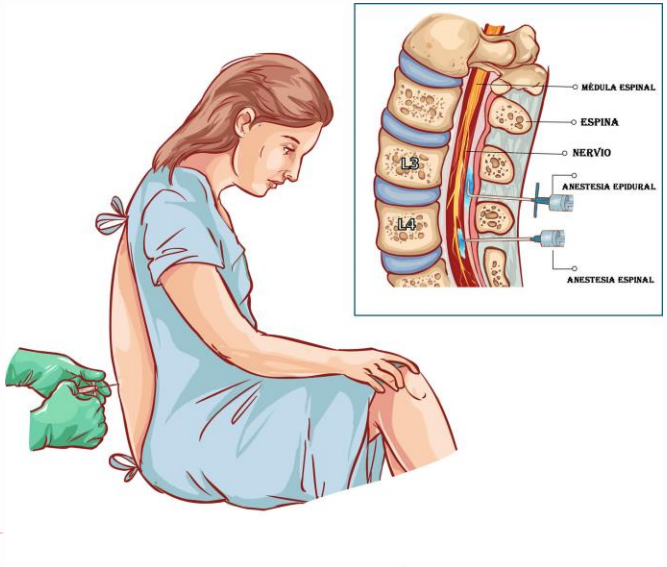
Anestesia epidural o peridural

- Lidocaína 1 ó 2 % de 20 a 30 ml.
- Latencia 10 min.
- Duración: 1 HORA Promedio. o Adrenalina al 1:200,000 . DURA 2H
- Bupivacaína 0.25% . Solucion de 20 a 30ml.
- Duración: 2 ½ hr.
- Se puede aplicar en ambas posiciones, sentada o DL, dependiendo de la facilidad para la técnica.
- En operación cesárea será en decúbito latera preferentemente

Agujas epidurales

- De calibre 16 -17-18-19.
- Aguja de Hustead (curva)
- Aguja de Tuohy (curva++)
- Aguja de Crawford (recta

Indicaciones - Anestesia epidural o peridural



Cirugía abdominal	• Cirugía de pared. • Apendicectomía. • Cirugía ano rectal
Cirugia Ginecobstetrica.	• Cesárea. • ANALGESIA DE PARTO CON CATETER.
Traumatología:	• Fracturas. • Cirugia correctiva (juanetes)

Bloqueos del plexo nervioso

Consiste en la inyección de un anestésico local al lado de un paquete nervioso, lo cual permite el adormecimiento de toda la zona inervada.

- Lo más frecuentes son los bloqueos para anestesiar brazos, manos, piernas, ingles, etc.
- El paciente esta consciente durante el procedimiento a realizarse y sin ningún dolor en la zona.
- Hay menos nauseas, vómitos e hipotensión, permite una rápida recuperación y la analgesia puede durarle más horas.

Bloqueos del plexo nervioso

BLOQUEO DEL PLEXO BRAQUIAL

- Para realizar cirugías en hombro y brazo.
- Los nervios se bloquean con una inyección por encima de la clavícula, si se va operar el brazo la inyección se realizara por la zona del orificio axilar.
- En estas técnicas es importante conocer bien la anatomía.
- Ideal hacerlo con ecógrafo

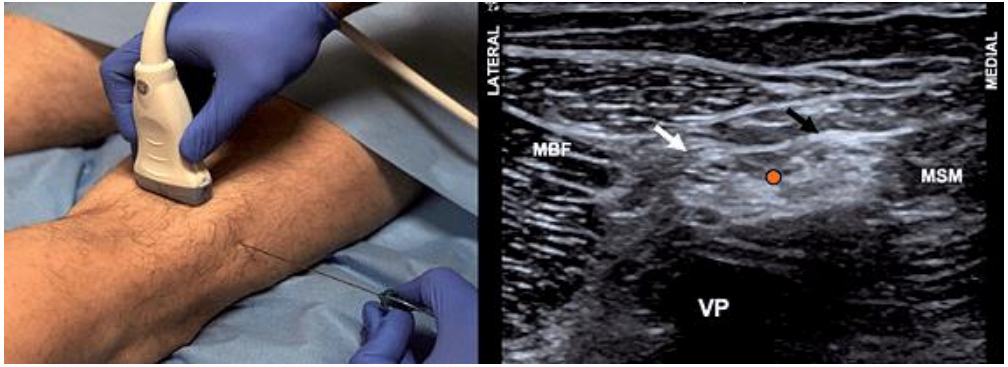
BLOQUEO DEL NERVIO FEMORAL

- Se utiliza para intervenciones o cirugías de rodilla, la inyección se realiza a nivel de la ingle.
- Importante recalcar que la visualización de la anatomía es guiada por ecografía.

Bloqueos del plexo nervioso

BLOQUEO CIÁTICO Y POPLÍTEO

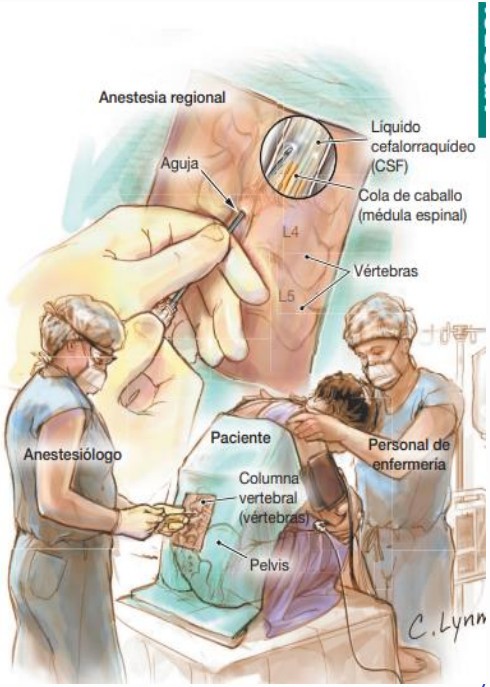
- Este bloqueo se usa para cirugías de rodilla, gemelos, tendón de Aquiles, tobillo y pie.
- El procedimiento de bloqueo se realiza con el paciente boca abajo, zona posterior de la rodilla



Manejo del paciente durante el procedimiento

¿Qué ocurre durante el procedimiento?

- En función del procedimiento médico que le realicen, pueden colocarle una vía intravenosa (IV) en una de las venas.
- El anestesiólogo le hará un examen físico para determinar la mejor ubicación para aplicar la anestesia regional. Para localizar el nervio, también puede usar lo siguiente:
    - Un dispositivo que activa el nervio y hace que sus músculos se contraigan (estimulación nerviosa).
    - Un instrumento de adquisición de imágenes que funciona con ondas sonoras para crear imágenes de la zona (ecografía).

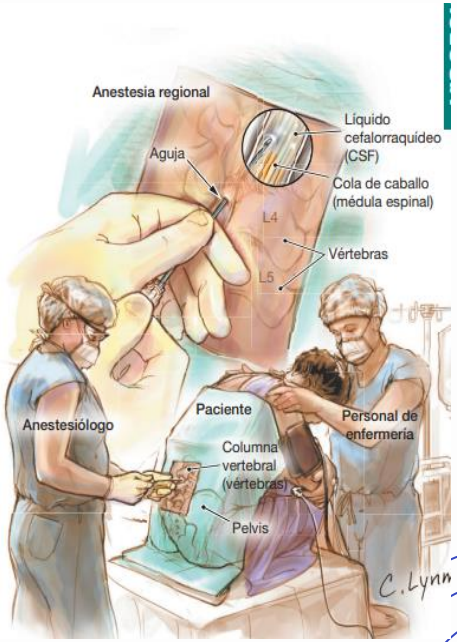


Manejo del paciente durante el procedimiento

¿Qué ocurre durante el procedimiento?

- Le administrarán un medicamento para ayudarlo a relajarse (sedante).
- Es posible que le inyecten un medicamento llamado anestesia local para adormecer el lugar donde se inyectará la anestesia regional.
- Recibirá la anestesia regional mediante una inyección o a través de un catéter.
- El anestesiólogo hará un control para asegurarse de que el medicamento esté surtiendo efecto, antes de que comience el resto del procedimiento médico.
- En función de la anestesia regional que le hayan administrado, es posible que le coloquen un apósito pequeño (vendaje) sobre el sitio de la inyección.

El procedimiento puede variar según los profesionales de atención médica y el hospital.



03

Sedación y anestesia general

Inducción

En la inducción de la anestesia general debemos cumplir, en términos generales, tres objetivos: hipnosis, analgesia y relajación muscular

1. Hipnosis

- Se consigue mediante el uso de anestésicos endovenosos o inhalatorios. Generalmente se realiza una inducción endovenosa, pues es más confortable para el paciente y salvo el sevoflurano, el resto de agentes inhalatorios provocan irritación bronquial, por lo que se reserva el uso de los inhalatorios para el mantenimiento de la hipnosis durante el procedimiento.

1. Hipnosis

- En general todos los fármacos hipnóticos son cardiodepresores, aunque el etomidato y la ketamina por sus características farmacológicas son mucho más estables clínicamente en cuanto a la hemodinámica del paciente. También es una buena alternativa la inducción con sevoflurano en pacientes en los que interesa que la repercusión hemodinámica sea mínima (sepsis, peritonitis, hemorragias...).

2. Analgesia

En los procesos quirúrgicos con anestesia se utilizan analgésicos de gran potencia como son los opiáceos mayores.
No producen amnesia.

El fentanilo es el mórfico más utilizado en la anestesia para cirugía, usándose remifentanilo y alfentanilo en procedimientos cortos como legrados, desbridamiento de abcesos etc.

2. Analgesia

Al tratarse de opiáceos de gran potencia dan una gran estabilidad hemodinámica y al mismo tiempo su tiempo de acción tan corto los hacen muy manejables clínicamente.

El único inconveniente es que si se trata de cirugías dolorosas, hay que comenzar con otro mórfico de acción más larga (meperidina, cloruro mórfico) antes de retirar la perfusión, para evitar que se genere un periodo de ventana ausente de analgesia que provocaría intenso dolor en el paciente.

2. Analgesia

- En el proceso anestésico se utiliza uno o varios de los siguientes opiáceos: morfina, meperidina, fentanilo, sufentanilo, alfentanilo y remifentanilo.
- La acumulación de metabolitos activos en la insuficiencia renal produce narcosis y depresión respiratoria en el caso de la morfina y convulsiones por la normeperidina, metabolito de la meperidina

Tabla 5. **Otros efectos adversos de los opiáceos mayores.**

– Náuseas y vómitos.
– Miosis.
– Epilepsia (sólo normeperidina, metabolito de la meperidina).
– Bradicardia (excepto meperidina que por sus propiedades anticolinérgicas produce taquicardia).
– Depresión de la contractilidad cardiaca (sólo meperidina).
– Vasodilatación periférica.
– Liberación de histamina (morfina y meperidina).
– Disminución de la motilidad gastrointestinal (mayor tiempo de tránsito).
– Espasmos del esfínter de Oddi.
– Rigidez muscular (especialmente a dosis altas, alfentanilo, en ancianos, en administración rápida y empleo simultáneo de óxido nitroso), estreñimiento y retención urinaria.
– Disminución de la tasa metabólica cerebral de O_2 y del flujo cerebral, aumento de la tensión intracraneal.
– Bloquean la liberación de hormonas de stress.

3. Relajación muscular

El uso clínico de los relajantes musculares se plantea siempre que se requiere intubación endotraqueal, debido a que los tejidos de esta zona son muy reflexógenos y siempre que la cirugía que se va a realizar requiera la relajación de los tejidos musculares para su realización.

Se clasifican en dos grupos: despolarizantes o leptocurares (RMD) y no despolarizantes o paquicurares (RMND).

Recuperación

Hipnosis

Al cesar la administración del hipnótico, ya sea inhalatorio como endovenoso, se producirá una vuelta progresiva al estado vigil.

Analgesia

Importante que el paciente tenga una buena analgesia en el momento del despertar, pero al mismo tiempo hay que tener en cuenta que los opiáceos provocan sedación y depresión respiratoria, lo cual puede impedir la recuperación.

Naloxona es un antagonista competitivo de receptores opioides que revierte estos efectos.

Relajación muscular

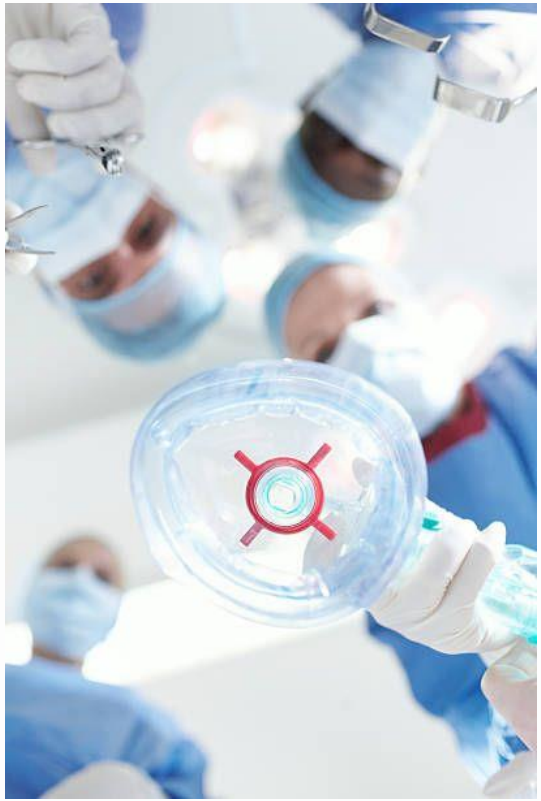
Al retirar los fármacos hipnóticos debemos estar seguros de que no existe relajación muscular, de lo contrario, se produce una de las situaciones más angustiosas para el paciente.

Monitoreo del paciente bajo anestesia general

Es el proceso de reconocimiento y evaluación periódica de potenciales problemas fisiológicos , e implica.

- Observar y vigilar al paciente.
- Utilizar una instrumentación adecuadas en cada caso.
- Capacidad para interpretar correctamente los datos

De la valoración conjunta de esta información se **adoptarán las decisiones terapéuticas correctas** tendentes a disminuir las complicaciones anestésicas.
La monitorización aumenta la seguridad del paciente.
Permite Identificación precoz de problemas graves, incrementa precisión del diagnostico clínico, evita fatiga y falta de atención.



Tipos de monitoreo

a) Monitoreo clínico

Utilizamos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato)

Inspección

- De piel y mucosas: color, edema, relleno capilar
- Del lecho ungueal: color, relleno capilar
- De la conjuntiva del ojo: color, edema
- De la pupila: tamaño y reacción a la luz
- De los movimientos respiratorios
- Del cirujano: Maniobras quirúrgicas: tracciones, clampajes vasculares, etc.
- Del campo quirúrgico
- Color de los tejidos y de la sangre. Pérdidas hemáticas.
- De la colocación del paciente
- De los aparatos
- De las vías venosas y arteriales
- De las sondas y drenajes

Tipos de monitoreo

b) Monitoreo con aparatos

Realizada con monitores

- Ayudan en diagnóstico y tratamiento
- Nos avisan cuando detectan alteraciones
- Los monitores no eximen de realizar periódicas comprobaciones del estado del paciente mediante monitorización clínica (inspección, palpación..)
- Son son fiables, pueden proporcionar datos incorrectos artefactos

Complicaciones de la anestesia general

Inmediatas

Intermedias

Tardías

Complicaciones inmediatas

Reacciones tóxicas

Dependen de:

- Posología
- Fármaco utilizado
- Velocidad de la medicación
- Adición de adrenalina

Hipotensión

Efectos que la precipitan:

- Hipovolemia
- Desvanecimiento secundario a ataque vasovagal
- Oclusión de la vena cava inferior

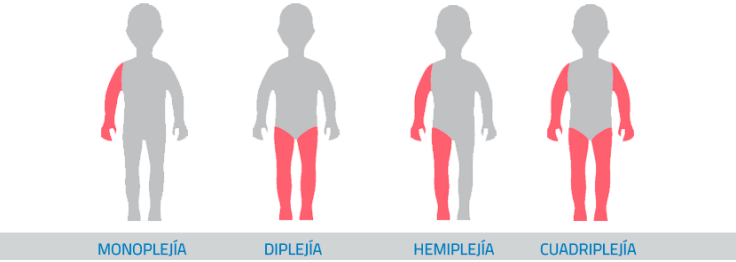
Complicaciones intermedias

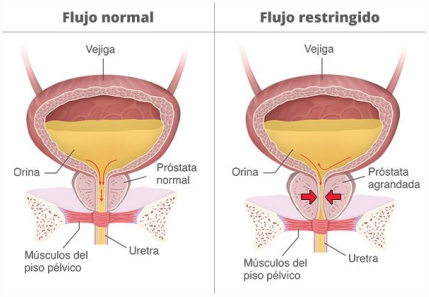
Parálisis motora

- En la anestesia epidural y espinal la parálisis de los miembros inferiores representa un problema, sobre todo cuando el bloqueo regional se aplica para el alivio prolongado del dolor.

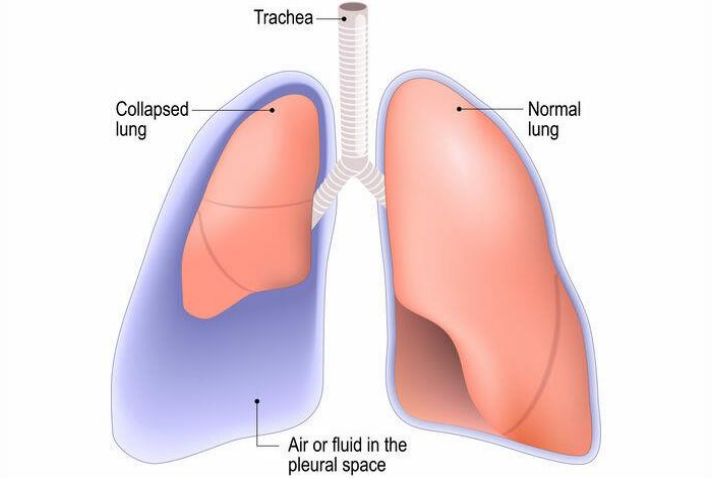
Retención Urinaria.

- El bloqueo espinal y epidural son realizados a nivel de S2,3,4, T11 y L2 pueden causar una retención urinaria y obligar a un cateterismo vesical.





Complicaciones tardías



Neumotorax

Es una complicación del bloque nervioso intercostal, anestesia local inter pleural y bloqueo supraclavicular del plexo braquial

Cuestionario

1. Señale el anestésico de tipo amida

a) Mepivacaina
b) Cocaina
c) Tetracaina
d) Procaina

2. ¿Qué técnica de anestesia se utiliza para el maxilar inferior?

a) Troncular
b) Infiltrativa

3. ¿Qué afirmación sobre la anestesia general es correcta?

a) La anestesia general solo adormece una parte específica del cuerpo.
b) Durante la anestesia general, el paciente permanece consciente pero no siente dolor
c) La anestesia general se administra exclusivamente mediante inyecciones
d) La anestesia general induce un estado de inconsciencia profunda y pérdida de sensibilidad en todo el cuerpo.

4. ¿Cuál es la complicación de los anestésicos locales que se caracteriza por el espasmo prolongado de los músculos mandibulares que provoca incapacidad para abrir la boca ?

a) Trismo
b) Rotura de la aguja
c) Parestesia
d) Hematoma

5. ¿Cuál técnica del bloqueo del plexo nervioso se utilizaría para intervenciones o cirugías de rodilla?

a) Bloqueo del nervio femoral
b) Bloqueo del plexo braquial
c) Bloqueo ciático y poplíteo
d) Bloqueo ciático

6. ¿Cuáles son los objetivos que se debe cumplir en la inducción de la anestesia general?

a) Hipnosis
b) Relajación muscular
c) Analgesia
d) Todas las anteriores

7. ¿Qué afirmación sobre el manejo del paciente en la anestesia regional es correcto?

a) Recibirá la anestesia general mediante una inyección o a través de un catéter
b) No es necesaria la administración de un medicamento para ayudarlo a relajarse
c) Todas son correctas
d) Ninguna de las anteriores

¡MUCHAS GRACIAS!