



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**SEDACIÓN EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS Y SUS  
INDICACIONES SEGÚN DOCENTES DE ÁREAS CLÍNICAS DE LA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autor:

EDIS M. MARTÍNEZ S.

C.I: 24.743.940

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**SEDACIÓN EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS Y SUS  
INDICACIONES SEGÚN DOCENTES DE ÁREAS CLÍNICAS DE LA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de  
Odontólogo.

Autor:

EDIS M. MARTÍNEZ S.

C.I: 24.743.940

Tutor(a) de Contenido: LIVIA SEGOBIA

Tutor(a) metodológico: BLASMIR GIMENEZ

San Diego, julio 2019



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**SEDACIÓN EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS Y SUS INDICACIONES SEGÚN  
DOCENTES DE ÁREAS CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**ESTUDIANTE**

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. V- 24.743.940

Edis M. Martínez S.

Tutor Propuesto: Livia Segovia

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° V- 9.445.831

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

  
Firma



21-10-19  
Fecha



Scanned with  
CamScanner



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "SEDACION EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS Y SUS INDICACIONES SEGÚN DOCENTES DE ÁREAS CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ" realizado por Br. Edis Maidelyn Martínez Sierra C.I V- 24.743.940. Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

Jurado

Nombre: Od. Rodrigo Pino

C.I.: V- 17.399.344

Jurado

Nombre: Juan Gombau

C.I.: 15.910.420

Tutor Académico

Nombre: Od. Livia Segovia

C.I.: V- 9.445.831



Fecha: 23-10-2019



Scanned with  
CamScanner



### ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Prof. Livia Segovia, portadora de la Cédula de Identidad N° V-9.445.831, en mi carácter de tutora del trabajo de grado presentado por la ciudadana Edis Maidelyn Martínez Sierra, portador(a) de la Cédula de Identidad N° V- 24.743.940, titulado, **SEDACIÓN EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS Y SUS INDICACIONES SEGÚN DOCENTES DE ÁREAS CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 02 días del mes de 07 del año dos mil diecinueve.

  
(Firma autógrafa)



Nombres y apellidos  
C.I. 9445831



Scanned with  
CamScanner

## **DEDICATORIA**

El siguiente trabajo se lo dedico antes que todo a Dios, gracias a él he podido lograr llegar hasta este momento, quien me ha dado fuerzas para lograr uno de mis mayores sueños.

A mis padres Edis Sierra y Pablo García los cuales me brindaron todo su apoyo, amor, cariño y me han dado sus mejores consejos para nunca rendirme y seguir adelante, me siento muy orgullosa de ser su hija y de tenerlos conmigo.

A mis hermanas Edimar y Tanlly Martínez por ser un apoyo cuando más lo he necesitado, darme consejos, escuchar mis temores y siempre tener las mejores palabras de consuelo para mí, porque no son solo mis hermanas mayores si no las mejores madres que la vida me pudo dar.

A mi compañero de vida, Daniel Becerra. Que ha estado conmigo siempre acompañándome en todo mi camino universitario, sin su amor, comprensión y mucha paciencia yo no hubiera logrado una de mis mayores metas.

A mi primo y hermano Andrés Moreno, que fue participe en mi carrera, que con su ayuda no hubiera podido completar esta meta.

A mis sobrinos, que son la luz de mi vida, a ellos quiero dedicar estas palabras para que sepan que con mucho esfuerzo, ganas enormes de triunfar y dedicación todo en esta vida se logra. Porque quiero ser su ejemplo a seguir por que ahora es vida lo que tienen por delante, siempre estaré para ustedes y para todo lo que necesiten, los amo mis seis pequeños terremotos.

## **AGRADECIMIENTO**

Doy gracias ante todo esto a DIOS, porque siempre será importante agradecerle a él todas las bendiciones que me da.

A mi Madre y mi Padre por ser siempre mi apoyo, consentirme y decirme si al momento que decidí agarrar bus en camino a una ciudad desconocida.

A mi novio que sin sus regaños, ayuda, paciencia y comprensión no hubiera podido pasar tantos obstáculos, porque nunca fue fácil mantenernos lejos pero siempre juntos.

A mi hermana Tanlly porque con su conocimiento del área de la salud me ayudo a estudiar muchas veces a la distancia, por confiar en mí y ser mi primera paciente de cirugía, por toda su ayuda y amor.

A mi hermana Edimar, por ser una mis guías espirituales, por siempre recordarme que Jehová siempre está a mi lado, por escuchar mis llantos y siempre tener las palabras adecuadas para cada situación.

A mi primo Andrés porque sin su ayuda económica yo no hubiera podido continuar la carrera.

A mis profesores, Francella Pérez, Blasmir Giménez, Melba Oviedo, Orlando Moreno y Livia Segovia, quienes marcaron mi vida universitaria, quienes con paciencia me enseñaron lo que hoy se cómo profesional, por no ser solo una guía académica si no ser madre, padre, amiga, tía y demás, por su calidad humana.

A toda mi familia, tíos, abuela, primos porque ellos siempre pusieron su granito de arena para yo salir adelante.

A mis compañeras de la universidad Mariale Castillo y Gabriela Torin, por recorrer conmigo esta hermosa carrera, por estar en los buenos y malos momentos, a ustedes muchas gracias.

A mi alma mater Universidad José Antonio Páez, por abrirles las puertas a tantos jóvenes soñadores para cumplir sus sueños.

A mi Promo XXV por que ha sido buenos y malos momentos con todos  
ustedes, porque recordemos siempre **que los sueños si se cumplen.**

## INDICE

	pp.
<b>RESUMEN</b>	
<b>INFORMATIVO</b> .....	XII
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1-3
<b>CAPÍTULO</b>	
<b>I EL PROBLEMA</b>	
Planteamiento del Problema.....	4-7
Formulación del Problema.....	8
Objetivos de la Investigación.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8-9
Justificación de la Investigación.....	9-11
Delimitación de la Investigación.....	11-12
<b>II MARCO TEÓRICO</b>	
Antecedentes de la Investigación.....	13
Bases Teóricas.....	21
Antecedentes Legales de la Investigación.....	38
<b>III MARCO METODOLÓGICO</b>	
Tipo de Investigación.....	44
Diseño de Investigación.....	44
Población y Muestra.....	45
Técnicas de Recolección de Datos.....	46
<b>IV ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	
Presentación de Resultados.....	47
Conclusiones.....	70
Recomendaciones.....	72
<b>REERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	73
<b>ANEXOS Y/O APÉNDICES</b> .....	84

## LISTA DE TABLAS

	pp.
<b>TABLA N°1</b> .....	50
<b>TABLA N°2</b> .....	52
<b>TABLA N°3</b> .....	55
<b>TABLA N°4</b> .....	56
<b>TABLA N°5</b> .....	58
<b>TABLA N°6</b> .....	60
<b>TABLA N°7</b> .....	64
<b>TABLA N°8</b> .....	66
<b>TABLA N°9</b> .....	69

## LISTA DE GRÁFICOS

	pp.
<b>GRÁFICO N°1</b> .....	52
<b>GRÁFICO N°2</b> .....	54
<b>GRÁFICO N°3</b> .....	56
<b>GRÁFICO N°4</b> .....	58
<b>GRÁFICO N°5</b> .....	60
<b>GRÁFICO N°6</b> .....	62
<b>GRÁFICO N°7</b> .....	65
<b>GRÁFICO N°8</b> .....	67
<b>GRÁFICO N°9</b> .....	70



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**“SEDACIÓN EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS Y SUS  
INDICACIONES SEGÚN DOCENTES DE ÁREAS CLÍNICAS DE LA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ”**

**Autor (a):** EDIS M. MARTÍNEZ S.  
**Tutor:** LIVIA SEGOBIA  
**Fecha:**

**RESUMEN INFORMATIVO**

La sedación en odontología consiste en la administración de un agente farmacológico o una combinación de estos, causando alteraciones en el nivel de conciencia con el objetivo de lograr la cooperación del paciente durante la atención odontológica. Aun cuando en su práctica cotidiana el Odontólogo general no suele verse en la necesidad de realizar procedimientos bajo sedación consciente; si tiene responsabilidad directa, legal y más aún, ética de conocer todo lo atinente a la sedación, de modo tal que posea un suficiente manejo teórico-práctico de la misma. No obstante, la infrecuencia de situaciones clínicas odontológicas que implican sedación, revisten al odontólogo de cierta incertidumbre acerca de si está o no entre sus competencias este procedimiento. Además hay poca evidencia científica sobre las competencias que posee el odontólogo general acerca de la sedación en odontopediatría, por lo cual en esta investigación se propone como objetivo describir el conocimiento que posee el odontólogo general/docente de la Universidad José Antonio Páez acerca de la sedación consciente para la atención odontológica en niños. Método: se trata de una investigación descriptiva con diseño de campo, a través de la cual se encuestaron a 18 Odontólogos docentes universitarios de la UJAP empleando un cuestionario estructurado de preguntas cerradas y abiertas para medir el conocimiento que poseen respecto a la sedación consciente. Los datos resultantes serán procesados en el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para su correspondiente análisis, resumiendo los datos mediante medidas y gráficos para la distribución de frecuencias y medidas de tendencia central.

**Descriptor:** sedación consciente, odontopediatría, manejo odontológico de niños.



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA  
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
DENTISTRY SCHOOL**



**“SEDATION IN ODONTOPEDIATRIC PATIENTS AND ITS INDICATIONS  
ACCORDING TO TEACHERS OF CLINICAL ROOMS OF THE JOSE  
ANTONIO PAEZ UNIVERSITY”**

**Author:** Edis M. Martinez S. C.I. 24.743.940

**Tutor:** Livia Segovia C.I V- 9.445.831

**Date:**

**ABSTRACT**

Sedation in dentistry consists of the administration of a pharmacological agent or a combination of these, causing alterations in the level of consciousness with the objective of achieving patient cooperation during dental care. Even when in his daily practice the General Dentist is not usually in need of performing procedures under conscious sedation; If you have direct responsibility, legal and even more, ethical to know everything about sedation, so that you have a sufficient theoretical and practical management of it. However, the infrequency of clinical dental situations that involve sedation, the dentist has some uncertainty about whether or not this procedure is among their competences. In addition, there is little scientific evidence about the competencies of the general dentist about sedation in pediatric dentistry, which is why this research aims to describe the knowledge that the general dentist / professor at the José Antonio Páez University has about sedation conscious for dental care in children. Method: This is a descriptive research with field design, through which 18 university teaching dentists from the UJAP were surveyed using a structured questionnaire of closed and open questions to measure the knowledge they have regarding conscious sedation. The resulting data will be processed in the statistical package SPSS version 20.0 for its corresponding analysis, summarizing the data through measurements and graphs for frequency distribution and central tendency measures.

**Descriptors:** conscious sedation, pediatric dentistry, dental management of children.

## INTRODUCCIÓN

Para el odontólogo general, la Odontopediatría y dentro de ella, los protocolos de sedación, representan algunos de los saberes más cruciales para el ejercicio profesional. Aun cuando en su práctica cotidiana el odontólogo general no suele verse en la necesidad de realizar procedimientos bajo sedación consciente; si tiene responsabilidad directa, legal y más aún, ética de conocer todo lo atinente a la sedación, de modo tal que posea un suficiente manejo teórico-práctico de la misma, en especial, cuando su empleo se torna imprescindible para garantizar la atención odontológica en niños. Al respecto, el odontólogo general debería manejar no solo las indicaciones y las contraindicaciones de la sedación, sino los diferentes fármacos empleados, sus dosis, riesgos, ventajas y eventos adversos que pudieran presentarse durante o posterior a la sedación. Conocimiento que resulta de capital importancia para la atención en aquellos pacientes considerados susceptibles fisiológicamente y psicológicamente, como es el caso de los niños en condiciones de diversidad funcional intelectual o con patologías sistémicas especiales que limitan la adaptación del niño a la consulta odontológica o impiden su voluntaria colaboración en el proceso de atención odontopediátrica.

No obstante, la infrecuencia de situaciones clínicas odontológicas que implican la necesidad de indicar sedación, reviste al odontólogo de cierta incertidumbre acerca de si está o no entre sus competencias ofrecer tratamientos bajo sedación para la atención odontopediátrica, por lo cual la mayoría termina derivando el caso al especialista en odontopediátrica; diatriba que en su momento supone una contradicción para el odontólogo general debatiéndose entre negar la atención por desconocimiento del protocolo o asumir el riesgo de mala praxis odontológica.

Además, hay poca evidencia científica que permita vislumbrar cuales son las competencias que posee el odontólogo general acerca de la sedación en odontopediátrica, por lo cual se debe realizar un diagnóstico de los conocimientos y experiencia que manejan estos profesionales con relación a la sedación en el paciente odontopediátrico; también se desconoce su opinión acerca de la necesidad de crear opciones educativas dirigidas a orientarlos para la conducción de tratamientos en niños bajo sedación o bien para desempeñarse como odontólogo auxiliar del odontopediatra en dichos procedimientos.

Para atender a las incógnitas anteriormente expuestas, en esta investigación se propone describir el conocimiento que posee el odontólogo general acerca del protocolo de sedación para la atención odontológica en niños.

La presente investigación está organizada de la siguiente manera: el primer capítulo expone el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación del estudio. El segundo capítulo presenta los aspectos teóricos que apoyan la investigación. El tercer capítulo se refiere al marco metodológico, las fases del estudio y la técnica de recolección de datos. El cuarto capítulo corresponde a la presentación y análisis de los resultados del estudio diagnóstico. El quinto capítulo concierne a las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

Acudir al odontólogo suele desencadenar en los niños conductas que dificultan una armoniosa atención odontológica, pues no todos los infantes son iguales ni perciben la consulta de la misma manera(1,2); por ello, el odontólogo debe conocer y aplicar protocolos especiales al momento de atender niños en consulta, lo cual implica dispensar la atención odontológica con suficiente paciencia, en ocasiones acompañándose de maniobras físicas de control y un conocimiento de todo el abanico de herramientas odontopediátricas disponibles para un manejo correcto de las emociones de los mismos, evitando mostrarse incompetente o angustiado ante las dificultades que suelen surgir durante su atención (2,3,4-7).

Es bien reconocido que los niños son un grupo de atención priorizado por las políticas de salud (2, 8,9-11) por lo que la atención odontológica en pacientes pediátricos es el pilar fundamental para la consecución de una salud adecuada en la edad adulta, si las patologías bucales se previenen o tratan desde la niñez (5, 7, 9-17). De allí que el odontólogo debe reconocer la susceptibilidad del paciente niño y el alcance de su accionar profesional, pues puede llegar a despertar en el niño diferentes comportamientos no adaptativos(1-3, 5,6, 8); el paciente odontopediátrico incluso puede llegar a acudir a la consulta con preconceptos negativos o experiencias pre-consulta adversas (5), condicionado factores derivados de su entorno y conducción de

los padres para adentrarlos en el área de la salud bucal, factores que desencadenan comportamientos poco colaborativos por parte del infante en la consulta, (3,6,7,18-20).

Afortunadamente para el afrontamiento de estas situaciones complejas de resolver en la consulta odontológica con el paciente niño, desde la odontopediatría se han formulado protocolos para el manejo de pacientes odontopediátricos (2, 7, 8,18, 19, 21-26), siendo la mayoría de estas investigaciones dirigidas a proporcionar estrategias para la superación exitosa de situaciones en las cuales los niños se encuentran ansiosos o con miedo al momento de la consulta (1-3, 6, 7, 12, 21, 25,26-31).

Sin embargo, más allá de que algunos pacientes niños puedan mostrarse con odontofobia o asistir bajo situación de estrés y ansiedad a la consulta odontológica, en determinadas ocasiones la consulta de odontología general suele tornarse más compleja y casi imposible de desarrollar solo con el empleo de técnicas convencionales para la adaptación y manejo de pacientes odontopediátricos; tal es el caso de la atención de pacientes niños en condiciones de diversidad funcional intelectual o con patologías sistémicas especiales, situaciones que restringen su adaptación a la consulta odontológica o impiden su voluntaria colaboración en el proceso de atención odontopediátrica. Para dichas situaciones la sedación se convierte en el aliado y la única vía para garantizar la realización de los tratamientos odontológicos requeridos (32-37).

La sedación consiste en la administración de un agente farmacológico o una combinación de estos, causando alteraciones en el nivel de conciencia, cognición, coordinación motora, nivel de ansiedad y parámetros psicológicos (38- 41). Existen tres niveles de sedación: sedación mínima, moderada y profunda. La sedación mínima y moderada se conoce como sedación consciente, en cambio, la sedación profunda como sedación inconsciente. Los fármacos comúnmente utilizados en la sedación corresponden a la familia de las benzodiazepinas, no benzodiazepinas, opioides, barbitúricos y bloqueadores de histamina, clasificándose estos medicamentos como sedantes - hipnóticos o ansiolíticos (42-47). El efecto que tengan dependerá de la dosis y de la respuesta del paciente, logrando así sedación o un efecto tranquilizante en cantidades bajas, y en dosis altas, hipnosis, que corresponde a un estado similar al que se presenta con el sueño (46, 47,48).

La sedación consciente, objeto de estudio de la presente investigación es de gran utilidad no solo para el profesional sino también para el paciente pediátrico, ya que facilita el procedimiento dental en pacientes con buen comportamiento y en pacientes no cooperadores, al disminuir sus niveles de ansiedad y pánico (49,50), permitiendo que el niño tolere el procedimiento o el tratamiento, manteniendo adecuadamente sus funciones cardiopulmonares y su habilidad de comunicación respondiendo a órdenes de manera verbal y no verbal (51,52).

No obstante, la infrecuencia de estas situaciones clínicas odontológicas en la consulta de odontología general, que ameriten indicar sedación, reviste al odontólogo de cierta incertidumbre acerca de si está o no entre sus competencias ofrecer tratamientos bajo sedación para la atención odontopediátrica, por lo cual la mayoría de ellos terminan derivando el caso al especialista en odontopediátrica; diatriba moral que en su momento supone una contradicción ética para el odontólogo general, quien se debate entre negar la atención por desconocimiento del protocolo o asumir el riesgo de mala praxis odontológica.

Adicionalmente, después de realizar una revisión bibliográfica exhaustiva se detectó que se dispone de poca evidencia científica que permita vislumbrar cuales son las competencias que posee el odontólogo general acerca de la sedación en odontopediátrica, por lo cual es inminente la necesidad de realizar un diagnóstico de los conocimientos y experiencias que manejan los odontólogos con relación a la sedación en el paciente odontopediátrico; también se desconoce su opinión acerca de la necesidad de crear opciones educativas dirigidas a orientarlo en la conducción de tratamientos dentales bajo sedación en niños o bien para desempeñarse como odontólogo auxiliar del odontopediatra en dichos procedimientos. Para resolver el vacío científico anteriormente expuesto, en esta investigación se persigue la descripción del conocimiento que posee el odontólogo general acerca de la sedación para la atención odontológica en niños.

## **Formulación del problema**

¿Cuáles serán los conocimientos y experiencias que manejan los odontólogos con relación a la sedación en el paciente odontopediátrico? ¿Existe la necesidad de crear opciones educativas dirigidas a orientar al odontólogo general en la conducción de tratamientos dentales bajo sedación en niños?

## ***Objetivos de la investigación***

### ***Objetivo general:***

- Evaluar el conocimiento que posee el odontólogo general/docente de la Universidad José Antonio Páez acerca de la sedación consciente para la atención odontológica en niños.

### ***Objetivos específicos:***

- Determinar la información que manejan los odontólogos generales/docentes sobre la sedación consciente para la atención de pacientes odontopediátricos.
- Especificar la información que poseen los odontólogos generales/docentes sobre el protocolo farmacológico de sedación consciente para pacientes odontopediátricos.

- Precisar la información que tienen los odontólogos generales/docentes acerca de los aspectos en monitoreo durante un procedimiento de sedación consciente.
- Establecer la experiencia previa que posee el odontólogo en cuanto a su participación como asistente en procesos de sedación o como administrador de la sedación.
- Considerar la necesidad de propuestas educativas dirigidas a orientar al odontólogo general sobre sedación consciente para la atención dental de niños no cooperadores.

### ***Justificación de la investigación***

El temor y ansiedad de los niños al tratamiento odontológico, son comportamientos frecuentes en la consulta odontológica general, que en ocasiones impiden la realización de tratamientos, lo cual incide en la calidad de vida asociada a la salud bucal del niño pudiendo prolongarse el deterioro por evitación hasta su edad adulta, por lo cual el manejo de la conducta para la adaptación del niño a la visita odontológica rutinaria es fundamental.

El impacto de la ansiedad no manejada en cuanto a atención odontológica es uno de los principales problemas a los que se enfrenta el odontólogo, convirtiéndose en un desafío tanto para el profesional como para el paciente, la prestación de servicio de rutina. De ello se asocia que el odontólogo está siempre en franca necesidad de

estar familiarizado con las técnicas para el manejo de la conducta del niño en la consulta y por tanto debería contar con conocimientos suficientes para optar por la estrategia más certera que garantice la prestación del tratamiento en el paciente odontopediátrico.

Entre estas opciones existen en la actualidad mecanismos de manejo de conducta farmacológico y no farmacológico, que ayudan a la cooperación del paciente pediátrico durante la atención odontológica, pero el manejo farmacológico o sedación consciente es una piedra angular para la atención exitosa en pacientes cuyas condiciones cognitivas o de salud no le permiten la cooperación con el tratamiento. Varias publicaciones han demostrado su eficacia y seguridad, haciendo que se sitúe como un protocolo de elección, por lo cual el odontólogo general debería manejar un nivel apropiado de información o conocimientos sobre la sedación a fin de tomar acertadamente la decisión de derivar casos al especialista en odontopediatría.

Los resultados de la presente investigación podrían representar una orientación para formular herramientas educativas dirigidas al odontólogo general a fin de reforzar sus conocimientos en este tópico y por ende coadyuvar en la toma de decisiones clínicas de esta índole cuando se encuentre ante la necesidad de indicar tratamientos bajo sedación consciente.

Lo mencionado implica que la relevancia teórica de esta investigación apunta a dar a conocer el manejo que posee el odontólogo sobre la sedación consciente para

el tratamiento de pacientes odontopediátricos, como alternativa para modificación de conducta de los niños no cooperadores, a los cuales se podría evitar someterlos a técnicas más agresivas e inseguras, por lo cual el beneficiario final del saber que maneje el odontólogo sobre este tema siempre serán los pacientes niños con dificultad de adaptación a la consulta.

Esta investigación se considera viable ya que hay disponibilidad de sujetos de estudio (profesores de la facultad de odontología de la UJAP), tiempo, literatura especializada, recursos humanos, recursos financieros y conocimiento metodológico. Cabe destacar que el presente estudio cobra importancia metodológica por un lado porque se dirige a llenar un vacío de conocimiento al no hallarse publicaciones científicas venezolanas o latinoamericanas recientes y de similar enfoque, lo cual reviste de carácter innovador a la propuesta de investigación. Y por otro lado, su utilidad metodológica también reside en que puede convertirse en el inicio de otras investigaciones futuras con alternativas para manejar las conductas no cooperadoras de los pacientes odontopediátricos durante la atención dental o bien para producir manuales, estrategias educativas o cualquier otro medio dirigido a reforzar los conocimientos de los odontólogos generales acerca de la sedación en odontopediatría.

### ***Delimitación***

Esta investigación realizó un diagnóstico de los conocimientos y experiencias que manejan los odontólogos generales con relación a la sedación en el paciente

odontopediátrico y que ejercen la docencia en la Universidad José Antonio Páez destacando que se incluyó tanto aquellos profesionales del área de Clínica del Niño y del Adolescente de la institución como aquellos pertenecientes a la clínica de adultos pero que atienden infantes en su práctica privada. El periodo del estudio abarca el semestre 2019-2CR.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

En el siguiente capítulo se desarrollan los estudios previos, así como los conceptos relacionados con la investigación, mediante las secciones de antecedentes y bases conceptuales. Los antecedentes se encuentran organizados por orden geográfico presentándose primero los internacionales seguidos de los nacionales, al mismo tiempo se dispusieron en orden cronológico según su año de publicación desde el más reciente al más antiguo, considerando en su búsqueda un lapso de los últimos 10 años.

#### ***Antecedentes***

Ashley PF y cols., en 2018 realizaron una revisión sistemática titulada “Sedación en niños sometidos a tratamiento dental”. Se trató de una revisión realizada por autores del Grupo Cochrane de Salud Oral (Cochrane Oral Health Group) cuyo objetivo fue determinar qué fármacos usados para la sedación de niños durante el tratamiento dental fueron los más efectivos para la sedación consciente.

En la evidencia se incluyeron 50 ensayos controlados aleatorios, con un total de 3704 participantes. Se utilizaron 34 sedantes diferentes en estos estudios, a menudo óxido nitroso inhalado. Hubo amplia variación en las dosis y la administración de estos fármacos. Se agruparon los estudios en los que compararon los fármacos con un

placebo, los que compararon los fármacos con otros fármacos o los que compararon diferentes dosificaciones de los fármacos. Sólo fue posible realizar un metanálisis para los estudios que comparan el midazolam oral con un placebo, dadas las grandes diferencias entre los estudios. La revisión indicó que la administración de midazolam oral hizo que los pacientes colaboraran más en el tratamiento dental que un fármaco placebo. Cuando se informaron, los efectos adversos fueron escasos en número y leves en gravedad. Como conclusión los autores señalan que hay evidencia de certeza moderada de que el midazolam oral es un agente sedativo efectivo para los niños sometidos a tratamiento dental. Se necesitan ensayos clínicos adicionales que evalúen otros agentes de sedación potenciales. Se sugiere que los ensayos futuros evalúen regímenes experimentales en comparación con midazolam oral o inhalación de óxido nitroso (53).

Este antecedente resulta de interés por afinidad al tema y además porque los resultados de esta revisión sistemática de Cochrane constituyen una guía para la construcción de las bases teóricas que sustentan la investigación de una forma confiable pues posee elevado nivel de evidencia científica.

Adams y cols., en 2017 en su investigación titulada “Uso y acceso a sedación profunda y anestesia general para pacientes dentales: una encuesta de odontólogos de Ontario”. Este estudio tiene como objetivo evaluar las barreras para el uso de sedación profunda / anestesia general (DS / AG) identificadas por odontólogos en Ontario. Se distribuyó por correo electrónico una encuesta a todos los odontólogos y

especialistas autorizados que proporcionaron una dirección de correo electrónico al regulador provincial (n = 5507). La tasa de respuesta fue del 18,3%. Un cuarto (24.8%) de los encuestados reportó acceso inadecuado a DS / GA. El acceso fue más pobre en las comunidades rurales y en el Área Metropolitana de Toronto. En general, el 74.5% de los odontólogos indicaron que habían usado DS / GA en los últimos 12 meses. El uso se definió como haber brindado el servicio o referir a un paciente en los últimos 12 meses. La no utilización fue más probable entre los odontólogos generales, los odontólogos a tiempo parciales, los odontólogos > 64 años y los odontólogos en lugares urbanos. Las razones más comunes para no usar DS / GA fueron la falta de demanda percibida y los costos adicionales para los pacientes. Concluyeron que el acceso a DS / GA en Ontario no es uniforme; sigue siendo un desafío en comunidades rurales y regiones fuera. El uso es más bajo entre los odontólogos generales y los odontólogos urbanos a pesar del acceso adecuado, ya que la percepción de los odontólogos de la necesidad de DS / GA y el costo para el paciente son las principales barreras. La educación para odontólogos y una mejor cobertura de seguro para pacientes podrían mejorar el acceso a la sedación para estos pacientes (54).

El recién mencionado antecedente representa un valioso aporte al conocerse el empleo de la sedación por parte de los odontólogos en otro país, conociendo las limitaciones referidas por los participantes, de modo tal que es un insumo no solo para discutir futuros resultados sino para considerar la premisa de la educación en el

tema de la sedación orientada a un entrenamiento completo del odontólogo venezolano como posible proveedor de sedación.

Alkandari y cols. 2016 y el objetivo de este estudio fue investigar la actitud de los odontólogos en Kuwait hacia el uso de la sedación con óxido nitroso como una técnica de manejo del comportamiento (BMT) para pacientes pediátricos y evaluar su entrenamiento en la sedación con óxido nitroso. Además, evaluaron el conocimiento y la actitud de los padres hacia el uso del óxido nitroso como un BMT para sus hijos. Se distribuyó aleatoriamente una encuesta transversal a ambos grupos de interés: padres que acompañan a sus hijos al odontólogo y odontólogos con licencia en Kuwait. Un total de 381 padres completaron los cuestionarios. La mayoría de los padres respondieron que no estaban conscientes de la sedación con óxido nitroso y que no lo sabían cómo un BMT (79%). Dos tercios de los padres aceptarían la sedación con óxido nitroso si lo recomendara un odontólogo que atiende a sus hijos. Doscientos un odontólogos completaron la encuesta y cumplieron con los criterios de inclusión. La mayoría (74.5%) de los odontólogos estaban dispuestos a usar óxido nitroso como un BMT. Sin embargo, solo el 6% utilizaba sedación con óxido nitroso y se lo proporcionaba a su paciente infantil, si estaba indicado. Las razones principales de esta gran brecha son la falta de instalaciones / equipos y la falta de capacitación, como lo indican los odontólogos. Este estudio mostró que los padres están aceptando la sedación con óxido nitroso como un BMT para sus hijos. También demostró la disposición de los odontólogos para proporcionar este BMT a sus pacientes. La falta de capacitación y la falta de equipo son las principales barreras

para brindar este servicio a los pacientes. Los autores consideran que se deberían proporcionar más cursos de capacitación y más facilidades para eliminar tales barreras (55).

Del mismo modo, este antecedente es fundamental para el presente estudio dado que es una frente de comparación para discusión de resultados en cuanto a la experiencia de los odontólogos en cuanto a la sedación y también refuerza la idea de la capacitación al odontólogo en el tema.

Una investigación referencial para el presente trabajo es la realizada por Scally y cols., en el 2015, titulada “Un estudio de la adquisición de conocimientos clínicos de los estudiantes de odontología y experiencias en sedación consciente” y publicada en el British Dental Journal de ese año. Los autores se plantearon como objetivo evaluar las experiencias y manejo de conocimientos de los estudiantes de odontología del último año en la ejecución de la sedación intravenosa en el departamento de sedación de Newcastle School of Dental Sciences.

Se trató de una investigación de descriptiva, de campo en la cual se encuestó a los estudiantes que asistieron a los adjuntos clínicos en procedimientos de sedación en el período de septiembre de 2012 a abril de 2013. Respondieron una prueba de conocimientos clínico al principio y al final de su entrenamiento; también se completó un cuestionario de retroalimentación. Como resultados se pudo detectar que de un total de 70 alumnos las pruebas de conocimiento clínico fueron completadas

por el 71.4% (n = 50) de los estudiantes. El resultado promedio de la prueba mejoró de 75.1% en la prueba de pre-entrenamiento a 92.1% en la prueba de post-entrenamiento. Todos los estudiantes obtuvieron experiencia clínica en la administración de sedación y el tratamiento de pacientes sedados. El 'Apoyo Docente y Clínico' fue calificado con un 97.8% (n = 45) como excelente. Los estudiantes comentaron que la experiencia clínica práctica y la enseñanza clínica eran las partes más valiosas del entrenamiento. Como conclusión de este estudio los autores consideran valioso el resultado puesto que proporciona una perspectiva de la sedación clínica de pregrado, que a menudo no se describe en la literatura. La experiencia clínica adquirida en el entrenamiento académico realizado supera las recomendaciones de la guía del Consejo General de Odontología para la sedación durante el pregrado. Los resultados de las pruebas de conocimiento clínico sugieren que el conocimiento clínico puede potenciarse mejor después de la experiencia clínica directa (56).

La mencionada investigación constituye un valioso aporte por aproximación al no hallarse información exclusiva del conocimiento y experiencias manejada por los odontólogos-docentes universitarios. De esta manera se reconoce que aunque en algunas escuelas de odontología del mundo, especialmente en la formación norteamericana el odontólogo es formado para ejecutar sedación consciente, los conocimientos sobre el tema se afianzan y mejoran si son acompañados de un entrenamiento clínico intensivo junto a especialistas, siendo vital considerar esta

opción como referencia para la apertura de talleres o asignaturas en el currículum de la carrera de odontología en Venezuela.

En cuanto a las **publicaciones científicas de orden nacional** en relación al objetivo del presente proyecto solo se hallaron 2 artículos que tratan el tema desde la perspectiva de revisiones de la literatura.

El primero de ellos de la autoría de Francisco y cols. En 2017 titulado “Tipos de sedación utilizadas en odontopediatría. Revisión de la literatura”, los autores señalan que la mayoría de los pacientes pediátricos se adaptan a la consulta mediante las técnicas de modificación conductual. Sin embargo, en algunos pacientes no se pueden implementar dichas técnicas y se debe recurrir a otros medios para su manejo, como la utilización de fármacos. Por ello la sedación es usada ampliamente en odontopediatría donde se necesita el control de la ansiedad, control del dolor y movimiento excesivo, al lograr disminución mínima de la conciencia y un estado controlado de depresión del sistema nervioso central, de forma segura y efectiva. Para que sea seguro, se deben tener en cuenta los medios farmacológicos, las vías de administración, los requerimientos para el área de sedación, el personal y la mitigación de riesgos, así como una correcta selección de los pacientes que pueden recibir este tratamiento. El objetivo de esta revisión de la literatura fue determinar cuáles son los tipos de sedación más utilizados en odontología. En su metodología los autores exponen que realizaron una búsqueda electrónica por los buscadores PUBMED, LILACS y Scielo con las palabras “sedation in pediatric dentistry” entre

los años 2003-2017 en español e inglés. Concluyen que existen diversos métodos de sedación como la sedación consciente leve o moderada y la sedación inconsciente con distintas vías de aplicación, siendo cada una de ellas útiles para diferentes tipos de pacientes y procedimientos odontológicos (62).

Esta investigación de Francisco y cols., resultó clave para organizar los conceptos básicos teóricos inherentes al tema en estudio en el apartado de las bases teóricas, por lo cual es un referente obligatorio de esta investigación.

Del Valle, en 2005 publicó un artículo de revisión titulado “Manejo multidisciplinario de la sedación intravenosa en cirugía bucal”. La autora considera que la sedación intravenosa se ha convertido en una de las técnicas más comúnmente empleadas para evitar traumas psicológicos a los pacientes que necesiten de algún tipo de cirugía bucal. La necesidad de manejar el paciente que se somete a una cirugía bucal sin ansiedad, tensión, miedo, ni dolor, plantea la posibilidad de usar la sedación intravenosa como método para eliminar esas situaciones ante el procedimiento quirúrgico pero es muy importante la presencia del Anestesiólogo como integrante indispensable junto con el Cirujano para poder ser utilizada, además del ayudante del cirujano y el personal auxiliar (63).

En el artículo se realiza un recuento histórico, revisa los conceptos de sedación, tipos y definiciones de la asociación americana de anestesiología (ASA). Se revisan las pautas de sedación de la asociación americana de cirugía buco-

maxilofacial (AAOMS) en cuanto a Indicaciones para Tratamiento, Factores de riesgo, resultados en el paciente posterior a la Sedación Consciente, equipo físico mínimo necesario para aplicar la sedación intravenosa, las funciones de cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario que se necesita para que éste tipo de alternativa de tratamiento quirúrgico se aplique coordinada y eficazmente, permitiendo reducir al mínimo o evitando el riesgo que pudiera alguna vez ocasionar su aplicación, brindando al paciente la vigilancia de parámetros vitales y el suficiente confort antes, durante y después de la cirugía.

También se incluyen datos sobre la legislación venezolana respecto a la sedación y propuesta de un protocolo de manejo en equipo multidisciplinario para aplicar sedación intravenosa en pacientes de cirugía bucal del postgrado de cirugía bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

De igual forma la mencionada investigación de Del Valle conforma un referente teórico fundamental para el desarrollo de los aspectos inherentes a la teoría que sustenta al presente proyecto y por tanto será citado en las bases teóricas.

## **BASES TEÓRICAS**

En los últimos años ha habido un profundo cambio en la percepción y control de la ansiedad y del dolor en Odontología. En Odontopediatría, se hace necesario el control

de la ansiedad y, en algunos casos, la utilización de procedimientos seguros de sedación consciente.

La buena práctica sugiere que debe considerarse una combinación de métodos farmacológicos y no farmacológicos, para obtener un manejo óptimo de las consecuencias emocionales y físicas de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en los niños. La utilización de la sedación profunda y la anestesia general en Odontopediatría deberá realizarse en clínicas o centros hospitalarios autorizados, especialmente equipados, y con participación del especialista en Anestesia y Reanimación o anesthesiólogo. (66)

### ***Sedación:***

Procedimiento anestésico que provoca alteraciones en el nivel de conciencia inducidas por la administración de uno o varios fármacos, en la cual el paciente mantiene la vía aérea permeable y responde a una comunicación verbal adecuada. No incorpora monitorización. (67, 68)

### ***Tipos de sedación***

La sedación y la analgesia, suponen un continuum que comprende una serie de estados que van desde una sedación mínima hasta la anestesia general. La American Society of Anesthesiologists (ASA) ha contribuido mediante la Practice Guidelines for sedation and analgesia by Non Anesthesiologists, a la definición de diferentes estados de sedación y de su práctica (66):

*-Consciente leve (ansiolisis)*

*-Consciente moderada (sedación consciente o sedación/analgesia)*

*-Inconsciente o profunda*

Ansiolisis (Sedación mínima): es el estado farmacológicamente inducido durante el cual los pacientes responden de manera normal a órdenes verbales. Las funciones cognitivas y de coordinación pueden estar levemente afectadas, mientras que las funciones cardiovascular y respiratoria están conservadas. La ASA, considerando este estado de sedación mínima, la excluye expresamente de sus protocolos de atención. (66)

Sedación consciente (Sedación moderada/analgesia): estado, farmacológicamente inducido, de depresión de la consciencia durante el cual el paciente responde a las órdenes verbales, tanto solas como acompañadas de estímulo táctil ligero. No se necesitan intervenciones adicionales para mantener permeable la vía aérea del paciente, la ventilación espontánea es adecuada y la función cardiovascular es adecuada. (66)

Analgesia (Sedación Profunda): es el estado farmacológicamente inducido de depresión de la conciencia en el que el paciente no puede ser despertado fácilmente, pero puede responder a estímulos dolorosos repetidos. Puede existir compromiso en mantener la vía aérea y la ventilación puede ser inadecuada, por lo que puede requerir asistencia especializada para mantener la función respiratoria. No suele existir compromiso cardiovascular. (66)

Analgesia (Anestesia General): es el estado farmacológicamente inducido de pérdida de conciencia durante el cual el paciente no puede despertarse incluso con estímulos dolorosos. La permeabilidad de las vías aéreas y la ventilación están comprometidas y podrían producirse alteraciones de la función cardiovascular. (66)

### ***Objetivos de la sedación***

- Reducción de Ansiedad
- Disminuir Tiempo del procedimiento
- Minimizar riesgos con la anestesia general
- Retorno a la normalidad fisiológica (69)

### ***Indicaciones de la sedación consciente en odontopediatría***

*-Asociadas al acto odontológico:*

- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos de larga duración
- Tratamiento en zonas de difícil acceso, que provocan molestias como náuseas

*Asociadas a los Pacientes:*

- Pacientes ansiosos y con miedo en los cuales las técnicas de modificación conductual no hayan sido exitosas
- -Pacientes en los que el procedimiento de sedación reduzca el riesgo médico:
- Pacientes que no puedan cooperar debido a una escasa maduración psicológica o emocional, o en pacientes con discapacidad física
- Pacientes psiquiátricos (fóbicos, psicóticos)

- Pacientes médicamente comprometidos (cardiópatas, epilépticos, hipertensos, diabéticos) (62, 70)

### ***Contraindicaciones de la sedación***

- a) Edad menor a 2 años
- b) Incapacidad de comunicación
- c) Condición sistémica de riesgo:
  - Vía aérea anómala, incluyendo amígdalas hipertróficas
  - Historia de apnea del sueño y Respiradores bucales
  - Enfermedad pulmonar crónica obstructiva
  - Desordenes neuromusculares
  - Pacientes en quimioterapia
  - Desordenes psiquiátricos y de comportamiento serios
  - Disfunción respiratoria o cardiaca
  - Infección activa del tracto respiratorio
  - Alergia conocida o reacción adversa previa a los fármacos utilizados (62, 66)

### ***Valoración preoperatoria:***

- Registro en la Historia
- Examen físico general: inspección del paciente y de la vía aérea, auscultación pulmonar, saturación de oxígeno y signos vitales
- Examen intraoral

- Examen radiográfico
- Exámenes de laboratorio
- Valoración por anestesiología o Valoración por pediatría
- Consentimiento informado firmado por los padres
- Instrucciones pre y post operatorias por escrito (71).

### ***Tipo de medicamentos usados para la sedación consciente en odontopediatría***

***Ansiolíticos:*** Benzodiazepinas (Midazolam, diazepam)

El midazolam presenta una sensibilidad variada, las dosis recomendadas para este tipo de sedación se realizan teniendo en cuenta el peso del paciente. Se utiliza una dosis estándar de 3mg/kg y es con el fin de ser utilizada para generar efectos cognitivos sin riesgo de exceder en la sedación. En esta experiencia se utiliza medicamento de la casa Roche y se administró por vía intravenosa en jeringa de 5ml a través de una cánula venosa periférica que se mantuvo in situ durante todo el procedimiento. Se colocó el midazolam en el brazo en la fosa cubital. Se suministró el sedante en una dosis inicial de 1mg el cual fue incrementado cada 60 segundos en 1mg. El suministro total fue de 5 mg en 5 minutos, el paciente se dejó en evaluación cognitiva con el fin de alcanzar un estado estable, los efectos cognitivos óptimos se producen entre 5-20 minutos después de la administración del fármaco.(72)

Midazolam oral tiene un inicio de 15 minutos y la duración del potencial de 2 a 6 horas, mientras que por vía intramuscular (IM) midazolam tiene un inicio en 15

minutos y más cortos de 15 a duración de 80 minutos. La ruta submucosa (SM) se considera un método de administración enteral similar a la ruta IM. La farmacocinética de midazolam también es similar cuando se administra ya sea SM o IM. La administración de midazolam enteral requiere la misma diligencia con el apoyo de las vías respiratorias como lo hacen conscientes sedaciones orales. Competencia en el manejo de la vía aérea y equipos de fácil acceso capaz de suministrar ventilación con presión positiva son necesarios. En odontología, el uso exitoso de SM midazolam para la sedación ha sido principalmente anecdótica (72).

***Agentes inhalatorios:***

***Óxido nítrico.*** La sedación inhalada es por el suministro de Óxido nítrico y Oxígeno ambos presentados como gases, estos en conjunto producen una alteración de los niveles de consciencia de los pacientes. Es una de las técnicas más utilizadas en el mundo y usadas frecuentemente en procedimientos odontológicos por países diferentes a América del Sur. Esto ha sido utilizado en Europa y Norteamérica por más de 100 años teniendo unos resultados óptimos para el manejo de la ansiedad y el dolor de origen dental. Este tipo de sedación se considera que puede disminuir la ansiedad y aumentar la cooperación del paciente y presentar una respuesta interactiva con su odontólogo. La mezcla magistral para su uso es 50% de oxígeno y 50% de óxido nítrico (72).

**Sevoflurano.** El sevoflurano es el agente anestésico más utilizado en combinación con óxido nitroso con inicio rápido de acción y alta potencia y tiempos de recuperación comparables con el óxido nitroso. El sevoflurano es un potente anestésico volátil con baja solubilidad en los gases sanguíneos, lo que da lugar a un inicio y desplazamiento rápidos (inducción frecuente en un minuto). Por lo tanto, el sevoflurano es ideal para la inducción antes de la infusión de un anestésico intravenoso total, tal como propofol, para mantener la sedación. (62)

La tolerancia de los niños por el sevoflurano es alta y puede ser segura y cómoda administrada a través de máscara facial o cualquier otro dispositivo. Las concentraciones bajas de sevoflurano pueden ser seguras y satisfactorias en combinación con óxido nitroso en niños. El sevoflurano, "un anestésico casi perfecto", se ha utilizado para la sedación de procedimiento en forma ambulatoria y en unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, hay poca evidencia de su efectividad y seguridad en la población pediátrica para una variedad de procedimientos, incluyendo el tratamiento odontológico. (62)

**Hipnóticos:** Midazolam, Ketamina, Propofol

**Propofol.** El propofol tiene un inicio rápido y corta duración de acción. Su corta vida media, depuración plasmática elevada (igual o mayor que el flujo sanguíneo hepático), asociado con un gran volumen de distribución, se traduce en un despertar

rápido, incluso después de prolongadas infusiones continuas cuando el propofol se utiliza como único agente anestésico. (62)

El principal efecto cardiovascular del propofol es la hipotension, Puede ocurrir una disminución de aproximadamente el 30% en la presión arterial media. Esto en parte puede ser evitado por una velocidad lenta de la inyección. Su uso está relativamente contraindicado en pacientes con hipovolemia. Éste no tiene efecto analgésico, pero puede aumentar el riesgo de depresión respiratoria, irritación corporal, llanto y tos durante el procedimiento y ansiedad durante la recuperación, sin provocar náuseas (73).

***Ketamina.*** La ketamina es un anestésico disociativo endovenoso que juega un papel importante en la analgesia y sedación para la cirugía ambulatoria, sobre todo como complemento de otro fármaco hipnótico. (62)

Al parecer sigue siendo el agente anestésico con efectos analgésicos, hipnóticos y amnésicos, que también protege los reflejos faríngeos y laríngeos y no evoca la depresión cardiovascular y respiratoria (74).

Esta tiene un efecto analgésico, pero puede causar complicaciones durante la recuperación, incluyendo apatía severa, náuseas, delirio, nistagmo y espasmos musculares severos. Está contraindicado en pacientes con antecedentes de convulsions (75).

La cantidad prescrita intramuscular (utilizada para la premedicación) es 0,07-0,08 mg / kg; La dosis segura por vía intravenosa es de 0,07-0,1 mg / kg, titulada según la respuesta. Así mismo, la cantidad por vía oral es de 0,2 mg / kg. La biodisponibilidad cuando se administra por vía oral es de 44% y por vía intramuscular es de 80- 100% (76).

***Vías de administración:***

***Enteral:*** cualquier técnica de administración en la cual el agente se absorbe a través del tracto gastrointestinal (GI) o mucosa oral [es decir, oral, rectal, sublingual]. (68)

***Parenteral:*** una técnica de administración en la que el fármaco evita el gastrointestinal (GI) tracto [es decir, intramuscular (IM), intravenosa (IV), intranasal con gotas (IN), submucosa (SM), subcutánea (SC), intraóseo (IO)]. (68)

***Transdérmica:*** una técnica de administración en la que el medicamento se administra por parche o iontoforesis a través de la piel. (68)

***Transmucosa:*** una técnica de administración en la que el fármaco se administra a través de la mucosa como intranasal, sublingual o rectal. (68)

***Inhalación:*** nasal por inhalación. Técnica de administración en la que se introduce un agente gaseoso o volátil en los pulmones y cuyo efecto principal se debe a la absorción a través de la interfaz gas / sangre. (68)

***Condiciones mínimas necesarias para realizar una sedación segura***

Presencia del Anestesiólogo;

Adecuado monitoreo del paciente;

**Locación y equipos necesarios para realizar la sedación:**

El sitio donde se realiza la sedación debe tener estas características:

- 1) Debe haber espacio para realizar una reanimación cardiopulmonar.
- 2) Debe haber iluminación adecuada.
- 3) Debe disponerse de una mesa o una silla que permita posición horizontal.
- 4) Debe haber disponibilidad de succión, con cánulas de múltiples tamaños.
- 5) Debe haber disponibilidad de una fuente de oxígeno y cánulas o máscaras para respiración espontánea.
- 6) Debe haber bolsa de reanimación (tipo AMBÚ), con bolsa de reinhalación.
- 7) Debe haber oxímetro de pulso, con o sin curva pletismográfica.
  - a. Las alarmas nunca pueden ser suspendidas.
- 8) Medicamentos de reanimación cardiopulmonar:
  - a. Adrenalina
  - b. Atropina
  - c. Amiodarona o Lidocaína sin epinefrina
  - d. Líquidos intravenosos

- e. Flumazenil (se omite si no se usan benzodiazepinas)
  - f. Naloxona (se omite si no se usan opioides)
  - g. Bala portátil de oxígeno o suministro portátil de oxígeno
  - h. Inhalador broncodilatador tipo salbutamol, ipratropio
  - i. Hidrocortisona
- 9) Debe haber Tensiómetro manual o automático.
- 10) Debe haber cánulas orofaríngeas y nasofaríngeas; son altamente deseables máscaras laríngeas (ideal) o laringoscopio y tubos endotraqueales.
- 11) Debe haber desfibrilador (no se requiere en sedaciones con óxido nitroso).
- 12) Debe disponerse de una estrategia explícita para solicitar asistencia adicional de emergencia.
- 13) Debe cumplirse con las regulaciones vigentes de habilitación (77).

### ***Requerimientos del paciente odontopediátrico antes de la sedación***

Ayuno de alimentos sólidos, grasosos incluidos lácteos durante 8 horas antes del inicio de la sedación. Comida ligera, Fórmula infantil, Leche no humana mínimo 6 horas de ayuno. Para productos líquidos (agua o zumos sin pulpa) y en cantidades pequeñas (1 vaso) se debe mantener un ayuno de un mínimo de 2-3 horas antes del inicio de la sedación. Leche materna se recomienda guardar ayuno de 4 horas. (68)

### ***Niveles de sedación según la Escala de Wilson Modificada:***

- Totalmente despierto;
- Adormecido;
- Ojos cerrados, pero los abre al hablarle (nivel aceptable);
- Ojos cerrados, pero los abre al tocarlo;
- Ojos cerrados, pero los abre al tocarlo (78).

### ***Monitorización para la Sedación Consciente (Valoración intraoperatoria)***

La monitorización es el seguimiento o la evaluación de una función del organismo, de manera continua y cercana en la cual se van a observar signos vitales como: el pulso, la frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente, esto con el fin de realizar una detección temprana de posibles efectos adversos que se puedan presentar por los diferentes medicamentos administrados o dificultades por cambios en los signos vitales permitiendo tomar acciones de forma rápida para prevenir complicaciones severas en el paciente que está siendo sometido a un procedimiento odontológico.

De acuerdo a las normas de la clasificación ASA, durante el proceso el personal cualificado debe monitorizar y vigilarse regularmente el nivel de sedación, la temperatura, frecuencia y tipo respiración, la oxigenación y la ventilación, respuesta ante órdenes verbales y a estímulos físicos, control de la frecuencia cardíaca (toma del pulso radial) y de la coloración de la piel y las mucosas.

***Nivel de conciencia.*** Se considera que la respuesta verbal del paciente es la mejor forma de evaluar el nivel conciencia del paciente, situación que en cirugía oral no es posible, siendo por este motivo que se requiere usar métodos de respuesta a órdenes verbales.

***Ventilación.*** La primera causa de muerte durante estos procedimientos es la depresión respiratoria, siendo por este motivo que se hace necesaria la vigilancia de la actividad ventilatoria espontánea por si se detectan alteraciones como la apnea

***Temperatura.*** La temperatura se mantiene vigilada con el fin de mantener una temperatura corporal óptima durante el procedimiento, es por esto que se debe disponer de una forma confiable de medirla, en el momento en que se sospeche de algún cambio en esta.

***Circulación.*** Se realiza la monitorización de esta con la finalidad de realizar una detección temprana de cambios en la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Se realiza mediante evaluación y monitorización de un electrocardiograma continuo, y una vigilancia al menos cada cinco minutos de la presión arterial.

***Oxigenación.*** El riesgo de hipoxemia está siempre presente sobretodo en cirugías dentales, aunque se realice con anestesia local sin sedación, debido a la retención de la respiración provocada por el dolor y la ansiedad. Es necesario vigilar la coloración de piel y mucosas, así como un método cuantitativo como la pulsioximetría. El

pulsioxímetro es un método no invasivo que recoge la oxigenación arterial, midiendo las longitudes de onda de la luz que pasa a través del dedo (72).

### ***Valoración postoperatoria del estado físico y psicológico del paciente***

Estado general: Sin aturdimiento. Orientado y obedece indicaciones sencillas, adecuada fuerza muscular, sin complicaciones anestésico quirúrgicas agudas, tales como: edemas, sangrado, náusea o vómito.

Sistema cardiovascular: Tensión arterial y frecuencia cardiaca en un rango de más / menos 20 mmHg de los valores preoperatorios.

Ventilación y oxigenación: Saturación de oxígeno arriba del 90%, frecuencia respiratoria entre 10 y 30 respiraciones por minuto. (Debe tener capacidad para toser y expectorar).

Dolor controlado y manejable (79).

### ***Criterios de alta***

Antes de dar de alta a un paciente sometido a sedación consciente, sus signos vitales han de ser estables. Además, debe tener unos mínimos de atención, ser capaz de hablar y caminar con una mínima de ayuda, así como de sentarse sin nadie que le ayude. En los pacientes de corta edad o incapacitados, en los cuales a veces no es posible obtener todas las respuestas que cabría esperar en otros, antes del alta hay que

asegurar que su nivel de conciencia es lo más próximo a lo normal. Estos pacientes deben ser vigilados a intervalos frecuentes: se anota su estado antes de entregarlos al padre o tutor para que se los lleve a casa.

En conjunto se tomará en cuenta los valores de presión arterial, pulso y pulsioximetría para valorar el estado sistémico del niño. Los valores normales están reflejados en cada tabla y se clasificaron según la edad y sexo. Las recomendaciones para dar el alta a verificar son:

- Vía aérea estable con respiración espontánea
- Aún adormilado, pero responde fácilmente a órdenes verbales
- Ha recuperado el nivel de respuesta y orientación propias a su edad
- Puede caminar sin ayuda
- No presenta náuseas ni vómitos
- Hay control efectivo del dolor (80).

#### ***Efectos secundarios de la sedación***

- Una somnolencia más duradera de varias horas.
- Una respiración más superficial del niño (requiere soporte con O<sub>2</sub> durante el procedimiento) (81, 82)

#### ***Rol del odontólogo en el procedimiento de sedación***

- Historia clínica del paciente y buena explicación de lo que se le realizará previo al día de la intervención.
- Explicación a padres de los niños pacientes acerca del procedimiento de sedación, proveyéndoles a los padres de indicaciones previas al procedimiento y de los efectos secundarios del mismo.
- Vigilará que esté todo el instrumental necesario para la intervención.
- Recibe al paciente, le presenta al anestesiólogo, si no se pudo contactar personalmente con anterioridad a la intervención.
- Colocará la anestesia local una vez que el anestesiólogo se lo indique después de haber suministrado las drogas.
- Realizará el tratamiento correspondiente de manera efectiva y rápida. máximo 2 horas de tratamiento en total.
- Al finalizar, acompañará al paciente del sillón quirúrgico a la recuperación.
- Explicará las indicaciones post-quirúrgicas escritas al acompañante adulto responsable y al paciente.
- Consultará al anestesiólogo para dar de alta al paciente
- Señalará a los padres indicaciones posteriores a la sedación sobre ingesta de alimentos y cuidados. (63)

### ***Rol del anestesiólogo en la sedación odontopediátrica***

- Valoración preoperatoria del paciente

- Conversa con el paciente de sus antecedentes, diagnóstico y que tratamiento se le realizará.
- Decidir el protocolo de sedación a emplear según el tratamiento odontológico y de acuerdo a las características de edad, peso, tamaño y procedimiento quirúrgico a realizarse, las drogas a utilizar.
- Administrar la sedación: Practicará la venoclisis y garantizará el acceso venoso. El cual podrá ser para infusión continua o para administrar el medicamento en "Bolus". Evaluará continuamente los signos vitales, específicamente la respiración, ritmo cardíaco y presión arterial, saturación de oxígeno y Dióxido de Carbono expirado.
- Monitorear al paciente durante el procedimiento: Presencia activa, supervisión de monitores, Alerta por cualquier cambio o reacción a la droga suministrada para sedar al paciente.
- Valorar al paciente posterior al procedimiento para emitir el alta (63)

## **BASES LEGALES**

Algunas disposiciones oficiales han sido generadas para regular la práctica de la sedación consciente en odontología y en odontopediatría. Uno de los países que mayor atención ha prestado a regular todo lo relativo a ello ha sido España. No solo se han conformado sociedades especializadas en sedación incluso por provincias, sino

que procuran seguir los protocolos que unitariamente establecen estas comunidades profesionales.

Al respecto, Orta y cols. (64) en 2015 realizaron una recopilación de los aspectos legales que atañen a la sedación consciente en odontopediatría. Señalan que en los últimos años ha aumentó el uso de sedantes en las consultas de Odontología pediátrica. En este sentido, las diferentes comunidades autónomas, a través de sus distintos departamentos de Salud y Consumo o Consejerías de Sanidad, consideran necesario elaborar resoluciones para reunir los requisitos técnicos mínimos que han de cumplir los centros sanitarios que utilizan estos procedimientos anestésicos. La finalidad de estas leyes es la de velar por la seguridad del paciente y mejorar la calidad asistencial que recibe.

En esta revisión bibliográfica sobre las normativas que regulan la práctica de la sedación consciente por parte de los odontólogos en España, hallaron que en la legislación estatal y en las diversas comunidades autónomas existen leyes y órdenes que regulan la sedación consciente en España, así como las competencias del odontólogo en este ámbito. En base a ello, se establecen un conjunto de requisitos para centros y servicios sanitarios en donde se realizan técnicas de sedación.

Asimismo, la Asamblea General del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España ha adoptado por unanimidad la declaración sobre la práctica de la «sedación consciente» en los tratamientos odontológicos. También la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación recomienda

establecer unos estándares mínimos para poder clarificar aquellos elementos con los que deben contar las clínicas dentales que desarrollan cirugías orales con sedación.

Concluyen que en relación con la sedación consciente en Odontopediatría, para el momento de la revisión de la literatura no hay normas a nivel estatal, por lo que cada comunidad aplica la suya con grandes diferencias entre ellas.

***Legislación venezolana respecto a la sedación:***

El 12 de agosto de 1998 fue publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela, Las Normas de Funcionamiento de las Unidades de Cirugía Ambulatoria del Sector Público y Privado. Dichas normas definen la Cirugía Ambulatoria como aquella que se realiza en pacientes no hospitalizados, en la cual el tipo de anestesia puede ser general, regional o local y el tiempo o período de observación en recuperación no es mayor de 12 horas (Artículo 1º). También clasifica a la Cirugía Ambulatoria según sus características en dos grandes grupos (63,65):

- Cirugía Ambulatoria Menor:
- Cirugía Ambulatoria Mayor

La Legislación Venezolana define a la Cirugía Ambulatoria Menor como aquella que sólo requiere anestesia local siendo inmediata la recuperación del paciente. Esta definición ampara a la mayoría de los procedimientos quirúrgicos que el Odontólogo efectúa. Por otro lado, la Normativa expresa que la Cirugía

Ambulatoria Mayor es cuando se requiera anestesia local, regional o general donde la recuperación no es inmediata pero no excede de 12 horas. Contemplando perfectamente a los procedimientos de cirugía bucal que se realicen bajo anestesia local y sedación intravenosa, puesto que la recuperación del paciente no será inmediata y requerirá de un período corto para recuperarse que no excederá las 12 horas, independientemente de que se trate de una intervención simple. (63,65)

Así cualquier procedimiento que requiera la aplicación de Sedación Intravenosa, deberá acogerse a todo lo citado en estas Normas, donde refieren el uso de un equipo humano multidisciplinario, características físicas del lugar donde se efectúe el procedimiento y la aparatología mínima indispensable que debe existir. Como hemos señalado no existe en Venezuela una Normativa específica para Sedación como las promulgadas por la Asociación Dental Americana ( ADA ), Academia Americana de Odontología Pediátrica ( AAPD ), Sociedad Americana de Anestesiología ( ASA ), y la Asociación Americana de Cirugía Buco-Maxilofacial ( AAOMS ); pero dicha normativa está implícita dentro de las Normas que regulan la Cirugía Ambulatoria de nuestro país. (63,65)

Según dicha Normativa debe contarse con el siguiente equipo:

- Bombonas de Oxígeno, Oxido Nitroso, Nitrógeno o aire comprimido
- Monitor cardíaco
- Máquina de anestesia con alarmas de desconexión
- Electrocardiógrafo, Desfibrilador

- Oxímetro
- Tensiómetro automático
- Capnógrafo
- Estetoscopio
- Aparatos de alta succión
- Fuente de Luz
- Laringoscopios con diferentes tamaños de hojas
- Cánulas y mascarillas de diferentes tamaños. (Artículo 9º). (63,65)

Y también señala que el área de recuperación debe tener:

- 2 camas de recuperación
- Sistema de oxígeno
- Sistema de succión o aspiración
- Ambú
- Buena luz
- Tensiómetro
- Silla de rueda
- Monitor de signos vitales
- Sillón reclinable
- Personal de enfermería calificado
- Equipo de reanimación. (Artículo 10º) (63,65)

Así mismo expresa en los artículos 37 y 39 la necesidad de una adecuada vigilancia post-quirúrgica y de que el paciente sea acompañado por un adulto responsable, respectivamente. (63,65)

Como se puede observar, la Normativa Venezolana para la Cirugía Ambulatoria coincide en muchos aspectos con Las Pautas para Sedación de otras Sociedades Científicas Internacionales mencionadas anteriormente, pero es muy importante señalar que en Venezuela no se permite al Odontólogo suministrar los medicamentos para sedación por muy capacitados que estén, eso es única y exclusivamente responsabilidad del anestesiólogo, por lo cual es vital tanto un entrenamiento bien riguroso como contar con un equipo multidisciplinario para aplicar Sedación Intravenosa. (63,65).

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### *Enfoque, Tipo y diseño de investigación*

El estudio se realizará bajo un enfoque cuantitativo ya que los datos serán procesados estadísticamente, este enfoque ha sido referido por autores como Hernández, Fernández y Baptista como aquel que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico (83).

A su vez, es un estudio de tipo descriptivo, pues en el caso particular de este proyecto de investigación sólo habrá descripción de las variables, solamente se tipificarán las respuestas de los odontólogos encuestados por lo que coincide con el alcance de investigación señalado. Si un estudio se ejecuta sin manipulación de sus variables o sin determinar relación causal entre ellas (incidencia sobre una dependiente) es un estudio cuyo alcance es descriptivo (83, 84).

Además, se encuentra enmarcado en un diseño de campo porque los datos se tomarán directamente del contexto en el cual se encuentran los odontólogos-docentes en servicio que formarán parte de la muestra. Así mismo corresponde al diseño de corte transversal, ya que habrá una sola recolección de datos y no se evaluará la evolución de la variable en el tiempo (83, 84); es decir, sólo se hará una encuesta a

cada odontólogo para obtener la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos.

### ***Población y muestra***

Se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtenga involucradas en dicha investigación (84). En el presente estudio la población quedó constituida por todos los odontólogos generales que ejercen la docencia en la Universidad José Antonio Páez.

La muestra, por su parte es un subconjunto representativo de un universo o población (84). El cálculo de la muestra para la presente investigación no se realizó bajo criterios estadísticos, quedando conformado el grupo por criterios de selección como solo incluir tanto aquellos profesionales del área de Clínica del Niño y del Adolescente de la institución como aquellos pertenecientes a la clínica de adultos pero que atienden infantes en su práctica privada como condicionante para responder. El periodo del estudio abarcó el semestre 2019-2CR.

### ***Muestreo***

En la presente investigación se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico, de modalidad Intencional u Opinático la cual es aquella forma de selección de la muestra donde los elementos muestrales son escogidos en base a

criterios o juicios preestablecidos por el investigador, de forma tal de tener acceso más rápido a los sujetos que participarán en el estudio (84).

En este sentido, se abordaron los diferentes espacios donde se encontraron los odontólogos-docentes que cumplían con las características de inclusión antes expresadas, ya que solo se debió encuestar a los odontólogos docentes UJAP hasta conformar el grupo de la muestra. Se realizó de esta forma, a efectos de facilitar la recolección de la información en un conjunto pequeño de profesionales al cual se tiene acceso, sin que esta accesibilidad afecte la calidad de la misma.

### *Técnicas e instrumentos en la recolección de datos*

A efectos de la investigación, se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta en su modalidad escrita (83,84), disponiendo para tal fin de un cuestionario como instrumento en la presente investigación. Consistió en un formato de preguntas cerradas, de opción de respuesta única.

La construcción del instrumento (cuestionario) se llevó a cabo por medio de la operacionalización de la variable de estudio (ver apéndice 1), desglosando de forma detallada las diferentes dimensiones de la **variable independiente** Conocimiento odontólogo general sobre sedación consciente para la atención odontológica de niños no cooperadores y su correspondencia final con cada ítem.

A cada odontólogo encuestado se le explicó brevemente en qué consiste el estudio, solicitando de forma verbal su consentimiento para participar, asimismo a fin de mantener el anonimato de la información suministrada no se registraron datos de identificación lo cual cubre algunos aspectos bioéticos a considerar en este tipo de investigaciones.

El cuestionario se encuentra estructurado por una sección inicial, con información general al encuestado sobre la investigación y solicitándole su consentimiento para responder. Seguidamente se halla una sección de preguntas relacionadas con Sedación consciente en pacientes odontopediátricos (ver apéndice 2). Este último se orientó de la siguiente manera: los primeros ítems buscan cumplir con los objetivos referentes a la información que manejan los odontólogos generales/docentes sobre la sedación consciente para la atención de pacientes odontopediátricos, sobre el protocolo farmacológico de sedación consciente para pacientes odontopediátricos, de los aspectos en monitoreo durante un procedimiento de sedación consciente (Ítems número del 3 al 19).

Una segunda sección de preguntas pretende establecer la experiencia previa que posee el odontólogo en cuanto a su participación como asistente en procesos de sedación o como administrador de la sedación. (Ítems 20 al 22). La última sección de preguntas se dispuso para sondear la opinión de los participantes en cuanto a la necesidad de propuestas educativas para el odontólogo general sobre sedación consciente para la atención de niños no cooperadores (Ítems 23 al 26). .El

instrumento fue auto administrado bajo presencia de la autora de la investigación para aclarar cualquier duda pertinente y garantizar la fidelidad de las respuestas, evitando sesgos, es decir que acudieran a alguna fuente documental para responder.

### ***Validación del instrumento***

Se realizó una validación de contenido, es decir, se comprobó que el instrumento realmente mida lo que pretende medir en función de los objetivos planteados. Dicha validación se llevó a cabo por medio de la técnica Juicio de expertos. En este sentido, se abordaron tres profesionales con experiencia en investigación, redacción y el tema objeto de estudio en la Escuela de Odontología de la UJAP quienes evaluaron el instrumento emitiendo un juicio para su validez. (Ver apéndice 4)

### ***Técnica de procesamiento y análisis de datos***

Mediante el uso de los programas estadísticos Microsoft Excel® y el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-IBM®) versión 19 para Windows se elaboró una base de datos en función de los instrumentos respondidos por los odontólogos que conformen la muestra. La base de datos incluyó las respuestas de cada participante y para analizar los datos se apeló a medidas estadísticas descriptivas, resumiendo los resultados en tablas y gráficos de frecuencia central, frecuencias simples y relativas o porcentuales.

Del mismo modo, se hizo un análisis por ítem para conocer la cantidad de respuestas acertadas y erradas en los cuestionarios, agrupando según el contexto que engloba cada ítem, para presentar de esta forma resultados más homogéneos que permitieron una mejor identificación de la información de los Odontólogos – Docentes en el contenido de sedación consciente en odontopediatría.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Interpretando a Arias (84), este capítulo tiene como propósito exponer y razonar el significado de los hallazgos obtenidos y compararlos con los de estudios previos o antecedentes de investigación para establecer semejanzas, diferencias o contradicciones, todo lo cual posibilita la elaboración de deducciones conclusivas y sugerencias, a tono con los objetivos de la investigación.

En este caso, una vez aplicados los instrumentos de recolección a los docentes adscritos a las Clínicas del Niño y Adolescente de la Escuela de Odontología perteneciente a la Universidad José Antonio Páez, el primer paso fue organizar y codificar los resultados para su procesamiento en hoja de cálculo Excel empleando la distribución en frecuencias: absoluta ( $f_a$ =número de respuestas) y relativa ( $f_r$ =porcentaje) en cada ítem del cuestionario.

El procedimiento anterior, permitió elaborar tablas de frecuencia agrupando los ítems respectivos a las dimensiones de la variable, extrayendo al final de las mismas la media estadística porcentual de cada opción de respuesta, entendiendo la alternativa Sí como correcta o compatible con el deber ser en la experiencia y conocimiento de la sedación en pacientes pediátricos.

Complementariamente, se realizaron las representaciones gráficas de cada tabla de resultados, a fin de proporcionar al lector una visión clara de los mismos, procediendo luego al respectivo análisis deductivo-inductivo y discusión, tomando en cuenta los fundamentos teóricos revisados y contrastando los hallazgos con los reportados en estudios similares, para finalmente extraer y exponer las pertinentes conclusiones y recomendaciones.

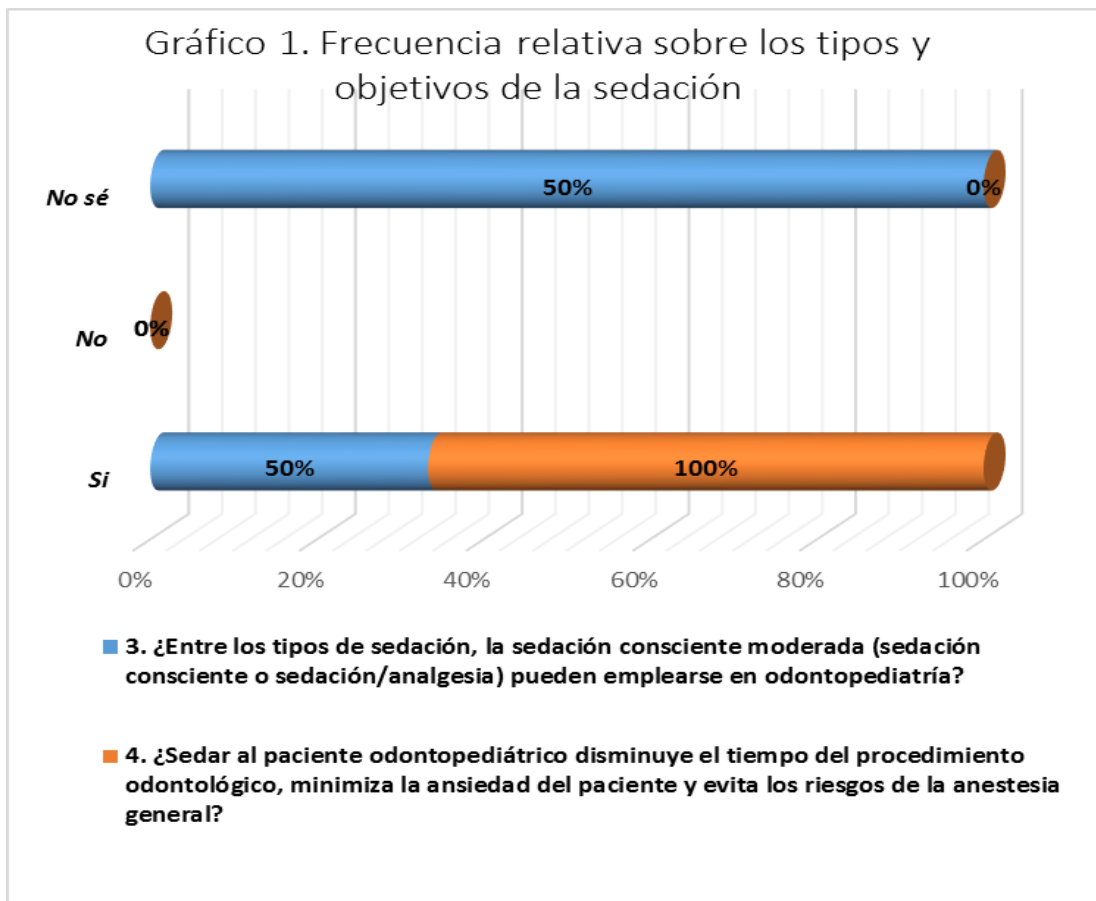
### ***Sedación consciente en pacientes odontopediátricos***

Los resultados de esta variable se refieren a la información que manejan los encuestados sobre los tipos de sedación, objetivos, indicaciones y contraindicaciones de la sedación consciente en odontopediatría. Esta información fue recolectada mediante los ítems 3 al 9 del formato de cuestionario. Los resultados se resumen en la tabla 1, y se resumen en el gráfico 1.

#### ***Tipos y Objetivos de la sedación***

**Tabla 1.** Distribución de frecuencia sobre los tipos y objetivos de la sedación

<i>Item</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>No sé</i>		<i>Totales</i>	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
3	9	50%	0	0%	9	50%	18	100%
4	18	100%	0	0%	0	0%	18	100%
<i>Promedio (%)</i>	75%		0%				25%	



**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora (Martínez, 2019)

Se conocen tres tipos de sedación, la sedación consciente leve (ansiólisis), la sedación consciente moderada (sedación consciente o sedación/analgesia) y la Inconsciente o profunda, siendo la sedación consciente un estado, farmacológicamente inducido, de depresión de la consciencia durante el cual el paciente responde a las órdenes verbales, sin requerir soporte para mantener permeable la vía aérea del paciente (66), por tanto, la sedación consciente es un procedimiento de elección en pacientes odontopediátricos. Así fue reconocido por el 50% de los odontólogos generales/docentes consultados quienes consideran que la sedación consciente moderada es la opción más idónea a emplearse en odontopediatría, mientras que el

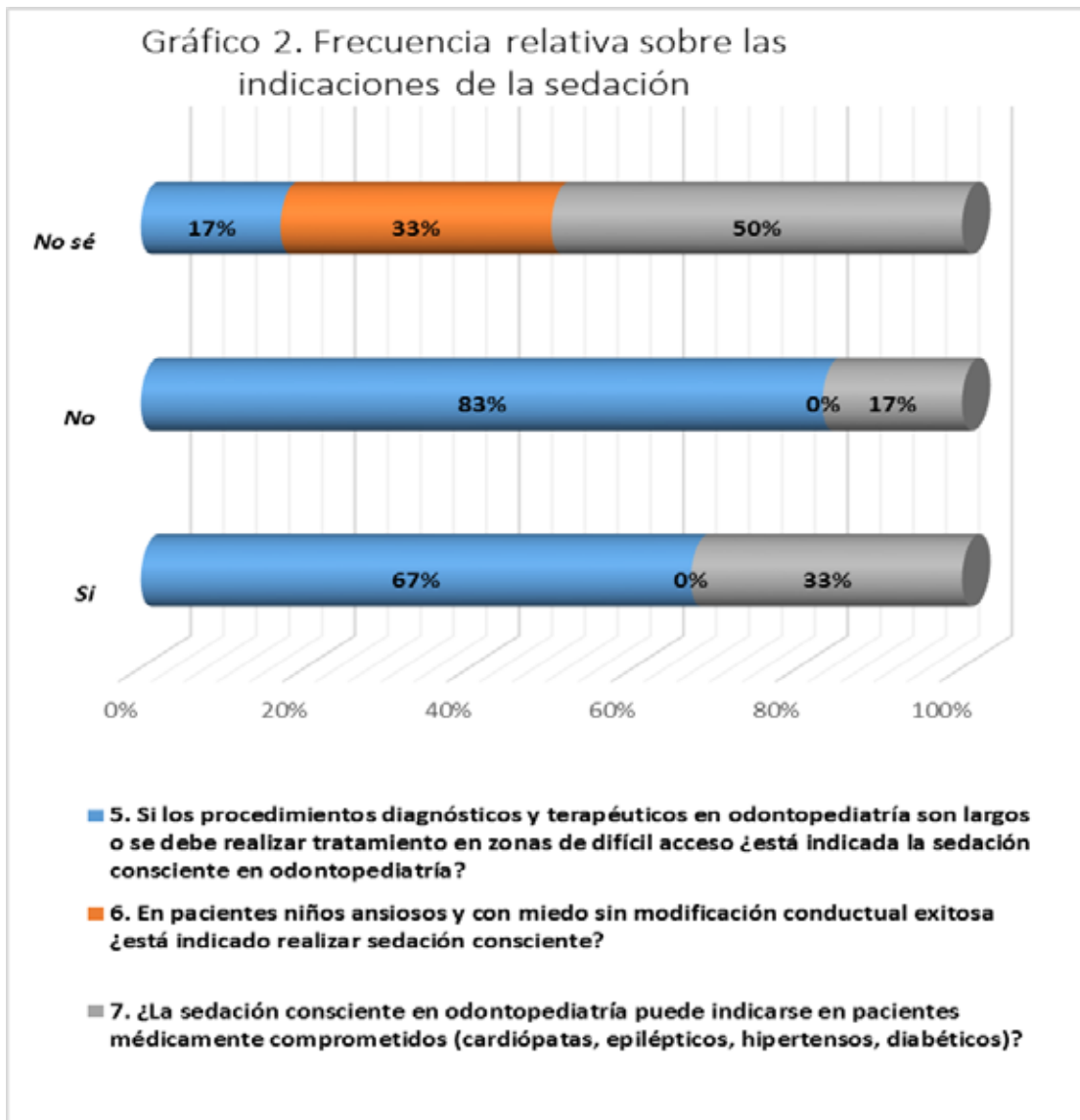
restante 50% desconoce los tipos de sedación y su aplicación en niños (ítem 3, Tabla 1 y Gráfico 1).

Entre los objetivos logrados con la sedación consciente de pacientes odontopediátricos figuran disminuir el tiempo del procedimiento odontológico, minimizar la ansiedad del paciente y evitar los riesgos de la anestesia general garantizando el retorno a la normalidad fisiológica (69). Todos los docentes odontólogos encuestados (100%) reconocen correctamente dichos objetivos (ítem 4, Tabla 1 y gráfico 1).

***Indicaciones de la sedación consciente en odontopediatría:***

**Tabla 2.** Distribución de frecuencia sobre las indicaciones de la sedación

<i>Item</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>No sé</i>		<i>Totales</i>	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
5	12	67%	0	0%	6	33%	18	100%
6	15	83%	0	0%	3	17%	18	100%
7	3	17%	6	33%	9	50%	18	100%
<i>Promedio (%)</i>	55,67%		11%		33,33%			



**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora (Martínez, 2019)

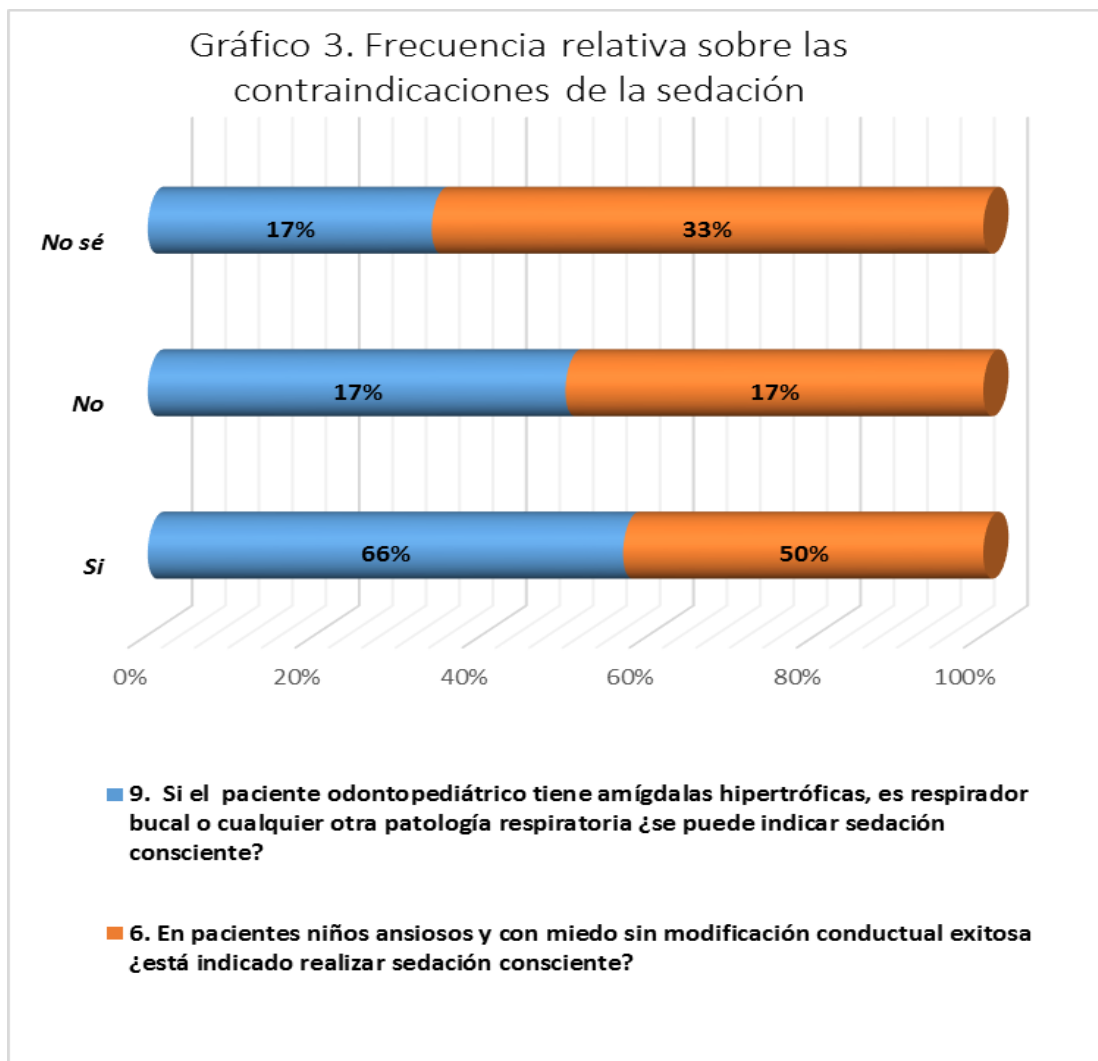
Se deberá considerar la sedación cuando se contemplen procedimientos diagnósticos y terapéuticos de larga duración, tratamiento en zonas de difícil acceso, en niños ansiosos, con miedo y sin modificación conductual exitosa, o bien son pacientes médicamente comprometidos (cardiópatas, epilépticos, hipertensos, diabéticos) (62, 70).

Aunque todas ellas constituyen indicaciones de la sedación en odontopediatría y la mayoría de los docentes respondieron correctamente al ítem 5 (66%) e ítem 6 (83%), existe un 33% de los encuestados que afirman que la sedación no debe indicarse en pacientes medicamente comprometidos y 50% de ellos reconoce que no sabe si podría indicarse en situaciones de compromiso sistémico (ítem7). (Gráfico 2, Tabla 2)

### ***Contraindicaciones de la sedación***

**Tabla 3.** Distribución de frecuencia sobre las contraindicaciones de la sedación

<i>Item</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>No sé</i>		<i>Totales</i>	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
8	12	66%	3	17%	3	17%	18	100%
9	9	50%	3	17%	6	33%	18	100%
<i>Promedio (%)</i>	58%		17%		25%			



**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora (Martínez, 2019)

Tradicionalmente se contraindica la sedación en niños con incapacidad de comunicación por discapacidad física o mental o en niños con condiciones sistémicas de riesgo como amígdalas hipertróficas, apnea o respiración bucal y cualquier otra patología respiratoria o cardiovascular que incida en la permeabilidad de la vía aérea (62, 66).

No obstante, solo un 17% de los docentes son conscientes de las contraindicaciones de la sedación consciente o ansiólisis en odontopediatría, afirmando que no está

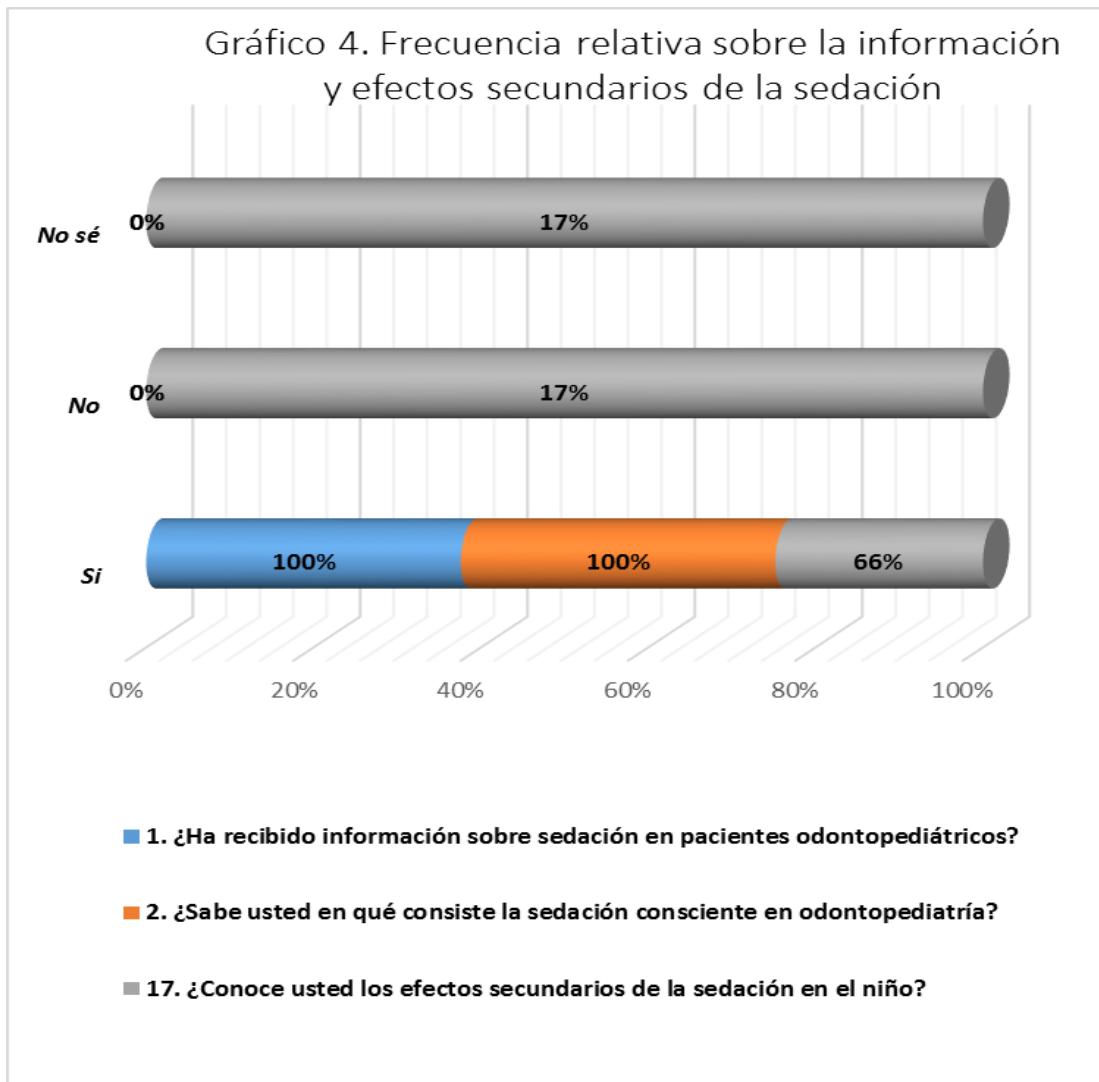
indicada en niños que no puedan cooperar por discapacidad (Ítem 8) y en pacientes con vía aérea anómala o con riesgo de obstrucción respiratoria (Ítem 9). La mayoría (66%) erróneamente consideró que si podía realizarse sedación aun cuando el niño con discapacidad requiere generalmente sedación más profunda y no consciente o moderada y el 50% de la muestra equivocadamente cree que las amígdalas hipertróficas o cualquier otra patología respiratoria no es inconveniente para realizar sedación consciente pese al riesgo obstructivo que ello implica. (Tabla 3, Gráfico 3)

**Conocimiento del odontólogo general sobre sedación consciente para la atención dental de niños no cooperadores.**

*Información sobre sedación consciente y experiencia.*

**Tabla 4.** Distribución de frecuencia de la información sedación consciente y experiencia

<i>Item</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>No sé</i>		<i>Totales</i>	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
<i>1</i>	18	100%	0	0%	0	0%	18	100%
<i>2</i>	18	100%	0	0%	0	0%	18	100%
<i>17</i>	12	66%	3	17%	3	17%	18	100%
<i>Promedio (%)</i>	88,66%		5,67%		5,67%			



**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora (Martínez, 2019)

Todos los docentes odontólogos encuestados (100%) afirman conocer en qué consiste la sedación consciente en odontopediatria (Ítem 1) y aseguran haber recibido información sobre este tema (Ítem 2). (Véase Tabla 4, Gráfico 4).

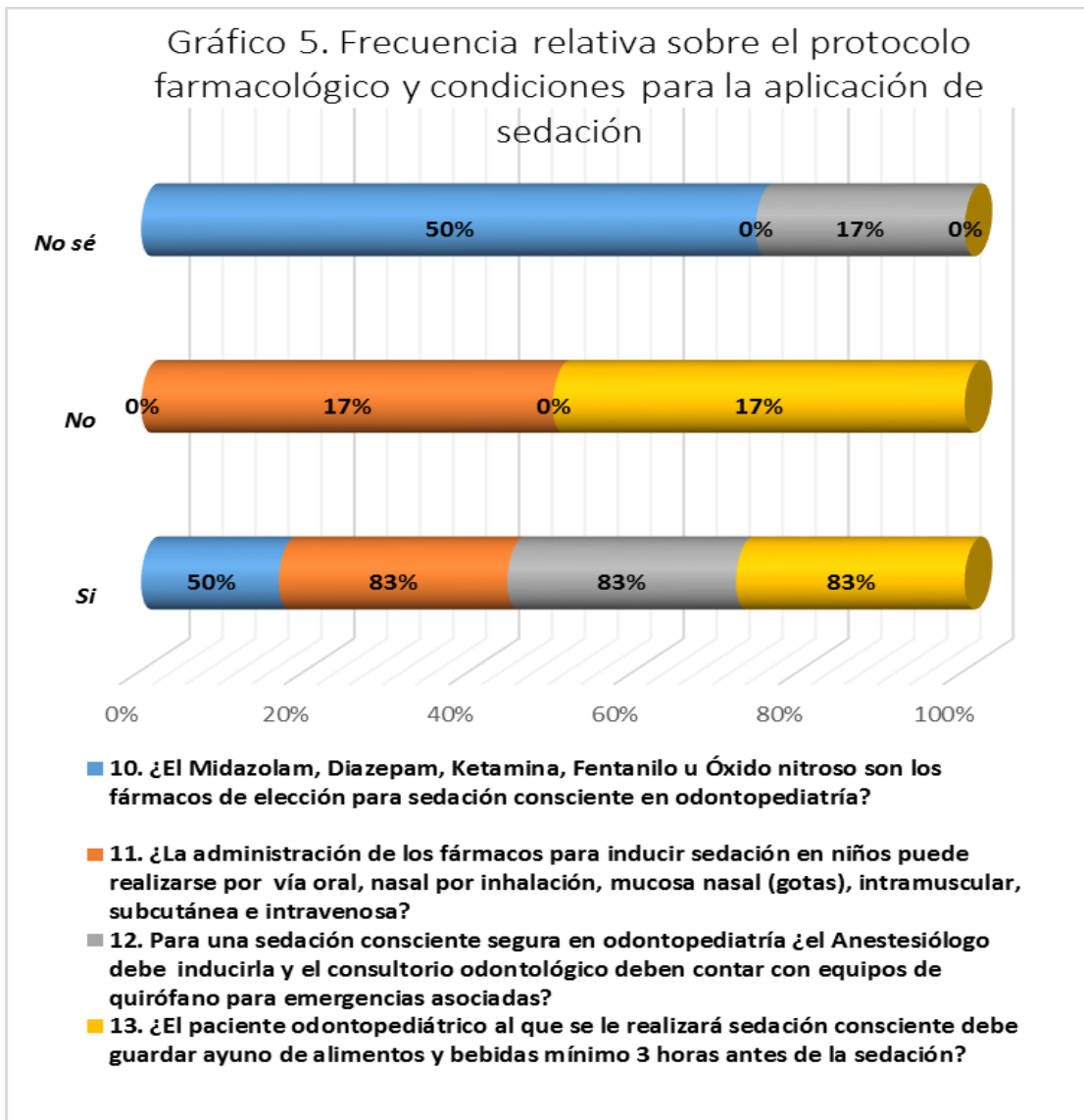
Entre los efectos secundarios destacan una somnolencia más duradera de varias horas o una respiración más superficial del niño (que amerita soporte con O<sub>2</sub> durante el

procedimiento) (81, 82). El 66% de los participantes afirmó estar al tanto de estos efectos secundarios (Ítem 17), quedando un 34% que posee incertidumbre al respecto. (Tabla 4, Gráfico 4).

***Protocolo farmacológico y condiciones para la aplicación de sedación:***

**Tabla 5.** Distribución de frecuencia sobre el protocolo farmacológico y condiciones para la aplicación de sedación

<i>Item</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>No sé</i>		<i>Totales</i>	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
<i>10</i>	9	50%	0	0%	9	50%	18	100%
<i>11</i>	15	83%	3	17%	0	0%	18	100%
<i>12</i>	15	83%	0	0%	3	17%	18	100%
<i>13</i>	15	83%	3	17%	0	0%		
<i>Promedio (%)</i>	74,75%		8,5%		16,75%			



**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora (Martínez, 2019)

El 50% de los encuestados reconocen al Midazolam, Diacepam, Ketamina, Fentanilo u Óxido nitroso en sus diversas vías de administración como los fármacos de elección para sedación consciente en odontopediatría (Ítem10), en tanto que el restante 50% revela su desconocimiento al respecto. (Tabla 5, Gráfico 5).

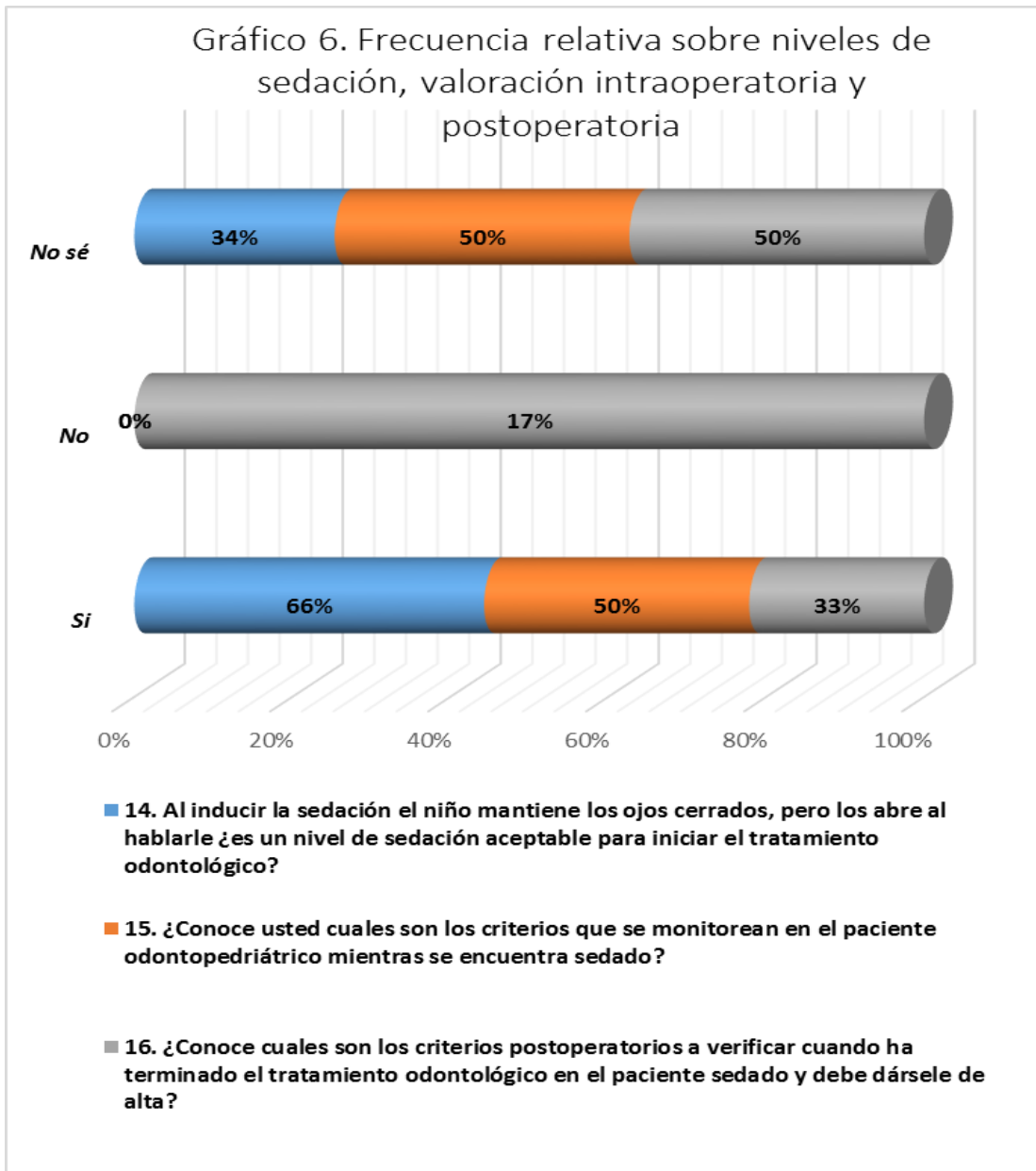
Habitualmente la sedación en pacientes odontopediátricos suele ser administrada por vía inhalatoria o endovenosa, pero el 83% conoce correctamente todas las demás vías de administración de los fármacos medicamentos que pueden ser empleadas para inducir sedación en niños (vía oral, nasal por inhalación, mucosa nasal, intramuscular, subcutánea e intravenosa) (Ítem 11, Tabla 5, gráfico 5),

Sobre las condiciones mínimas para aplicar sedación, al respecto un 83% asevera que para una sedación consciente segura en odontopediatría el Anestesiólogo debe inducirla y el consultorio odontológico debe contar con equipos de quirófano para emergencias asociadas (Ítem 12), razonamiento adecuado y coincidente con las condiciones mínimas para inducir sedación que han sido refrendadas en la literatura (77). Así mismo, la mayoría (83% para el Ítem 13) conoce que en el protocolo preoperatorio en cuanto al ayuno, se necesita de mínimo de 3 horas requerido previo al procedimiento (68). (Véase Tabla 5, Gráfico 5).

***Niveles de sedación, valoración intraoperatoria y postoperatoria***

**Tabla 6.** Distribución de frecuencias de los niveles de sedación, valoración intraoperatoria y postoperatoria

<i>Item</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>No sé</i>		<i>Totales</i>	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
<i>14</i>	12	66%	0	0%	6	34%	18	100%
<i>15</i>	9	50%	0	0%	9	50%	18	100%
<i>16</i>	6	33%	3	17%	9	50%	18	100%
<i>Promedio (%)</i>	49,67%		5,67%		44,66%			



**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora (Martínez, 2019)

La escala de Wilson Modificada establece niveles de sedación desde totalmente despierto; Adormecido; Ojos cerrados, pero los abre al hablarle (nivel aceptable); Ojos cerrados, pero los abre al tocarlo; Ojos cerrados, pero nos los abre al

tocarlo (78). El Ítem 14 consultaba acerca de si era aceptable iniciar el tratamiento odontológico si el niño mantiene los ojos cerrados, pero los abre al hablarle; a este particular el 66% afirmó correctamente que este es un nivel aceptable para que el odontólogo intervenga. No obstante el 34% restante manifestó desconocer este momento (Tabla 6, Gráfico 6).

Entre los parámetros a vigilar regularmente durante la sedación, se hallan la temperatura, frecuencia y tipo respiración, la oxigenación y la ventilación, respuesta ante órdenes verbales y a estímulos físicos, control de la frecuencia cardiaca (toma del pulso radial) y de la coloración de la piel y las mucosas (72).

Al consultárseles en el ítem 15 respecto a este monitoreo intraoperatorio, el 50% aseguró conocer los criterios básicos a monitorear en el paciente odontopediátrico mientras se mantiene sedado. En tanto que un 50% confesó su desconocimiento al respecto (Tabla 6, Gráfico 6).

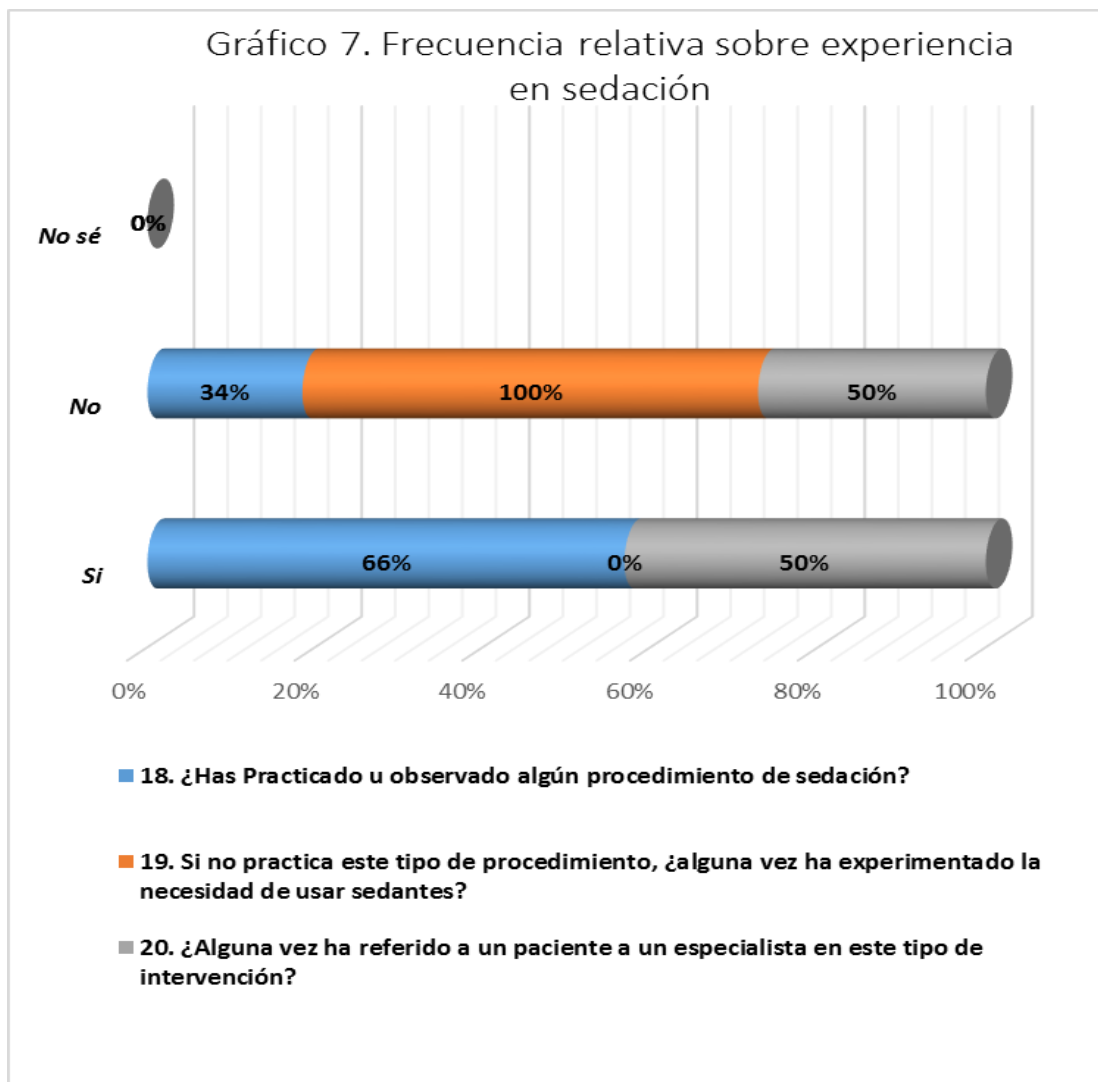
Antes de darse el alta ha de verificarse que el paciente se halla orientado y obedece indicaciones sencillas, tiene adecuada fuerza muscular, sin complicaciones anestésico quirúrgicas agudas, tales como náusea o vómito. Que su tensión arterial se encuentre estable como al inicio del procedimiento, siendo capaz de toser y expectorar. Además hay control efectivo del dolor (79, 80).

En el Ítem 16 la muestra fue interrogada sobre los criterios post-operatorios a verificar cuando ha terminado el tratamiento odontológico en el paciente sedado y debe darse de alta, a lo cual apenas el 33% de los docentes indicó conocer dichos criterios mientras que la mayoría los desconoce. (Tabla 6, Gráfico 6).

***Experiencia previa del odontólogo en como asistente en procesos de sedación o como administrador de la sedación.***

**Tabla 7.** Distribución de frecuencias de la experiencia en sedación

<i>Item</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>No sé</i>		<i>Totales</i>	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
18	12	66%	6	34%	0	0%	18	100%
19	0	0%	18	100%	0	0%	18	100%
20	9	50%	9	50%	0	0%	18	100%
<i>Promedio (%)</i>	38,67%		61,33%		0%			



**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora (Martínez, 2019)

El Ítem 18 permitió revelar que al menos 66% de los docentes del área clínica de odontopediatría, siendo especialistas o no, han practicado u observado algún procedimiento de sedación. (Tabla 7, Gráfico 7).

Las fallas en el conocimiento general sobre sedación no es un fenómeno exclusivo de la presente investigación, pues Scally y cols.en el 2015, a través de“Un

estudio de la adquisición de conocimientos clínicos de los estudiantes de odontología y experiencias en sedación consciente”, evaluaron las experiencias y manejo de conocimientos de los estudiantes de odontología del último año en la ejecución de la sedación intravenosa en el departamento de sedación de Newcastle School of Dental Sciences, encontrando deficiencias en el conocimiento y manejo que fueron fácilmente superadas en una segunda encuesta posterior a un entrenamiento teórico práctico.

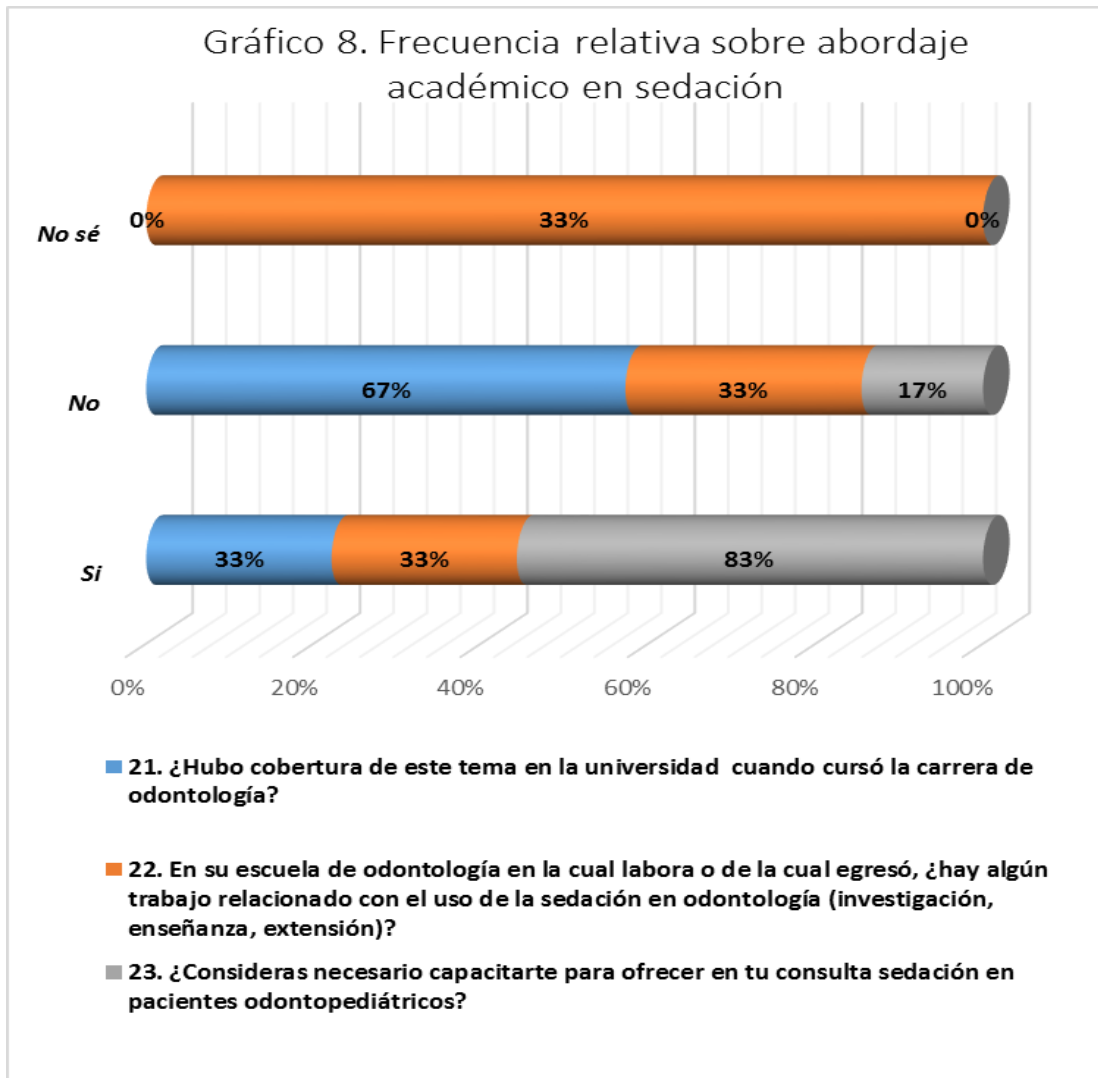
Esto evidencia que aunque en algunas escuelas de odontología del mundo, especialmente en la formación norteamericana el odontólogo es educado para ejecutar sedación consciente, los conocimientos sobre el tema se afianzan y mejoran si son acompañados de un entrenamiento clínico intensivo junto a especialistas, siendo vital considerar esta opción como referencia para la apertura de talleres o asignaturas en el currículum de la carrera de odontología en Venezuela.

En sintonía con los resultados reseñados gráficamente, el 100% de los docentes-odontólogos respondió que han experimentado la necesidad de usar sedantes para la atención de niños (Ítem 19), lo cual evidencia el reconocimiento de los profesionales a la necesidad de aplicar sedación en las situaciones que lo ameritan. Ante esta situación el 50% de los odontólogos ha referido al odontopediatra al paciente por requerir sedación (Ítem 20).

**Abordaje académico e intereses y expectativas.**

**Tabla 8.** Distribución de frecuencias del abordaje académico

Item	Si		No		No sé		Totales	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
21	6	33%	12	67%	0	0%	18	100%
22	6	33%	6	33%	6	33%	18	100%
23	15	83%	3	17%	0	0%	18	100%
Promedio (%)	38,67%		61,33%		0%			



**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora (Martínez, 2019)

Las interrogantes anteriores forman parte del diagnóstico de la necesidad de propuestas educativas dirigidas a orientar al odontólogo general sobre sedación consciente para la atención dental de niños no cooperadores. Este diagnóstico se complementó con la exploración de la necesidad, intereses y expectativas que manifestaran los encuestados sobre incorporar la sedación en su consulta o reforzar sus conocimientos teóricos y prácticos en relación con ello.

Adams y cols. en 2017 consultaron a los odontólogos canadienses para conocer el uso y accesibilidad a aplicar sedación en sus pacientes, revelándose que se mantiene restringido su empleo por barreras como inseguridad en cuanto al manejo de la sedación, por lo cual prefieren referir a otros especialistas y el elevado costo que resulta para el paciente. Por ello los autores recomiendan educar a los odontólogos en la aplicación de la sedación y que los seguros de salud brinden una mejor cobertura para mejorar el acceso a la sedación (54).

La falta de capacitación y las fallas en el equipamiento también son barreras para brindar este servicio a los pacientes. Alkandari y cols. 2016 así lo refieren y consideran que se deberían proporcionar más cursos de capacitación para eliminar tales barreras (55). Estos resultados en coincidencia con dichos autores revelan que independientemente del país, es equiparable considerar prioritaria la educación en el tema de la sedación.

Así mismo, en la presente investigación cuando se les preguntó si hubo cobertura de este tema en la Universidad cuando cursó su carrera de odontología (Ítem 21), el 66% aseguró no haber recibido suficiente información en torno a la sedación en odontopediatría.

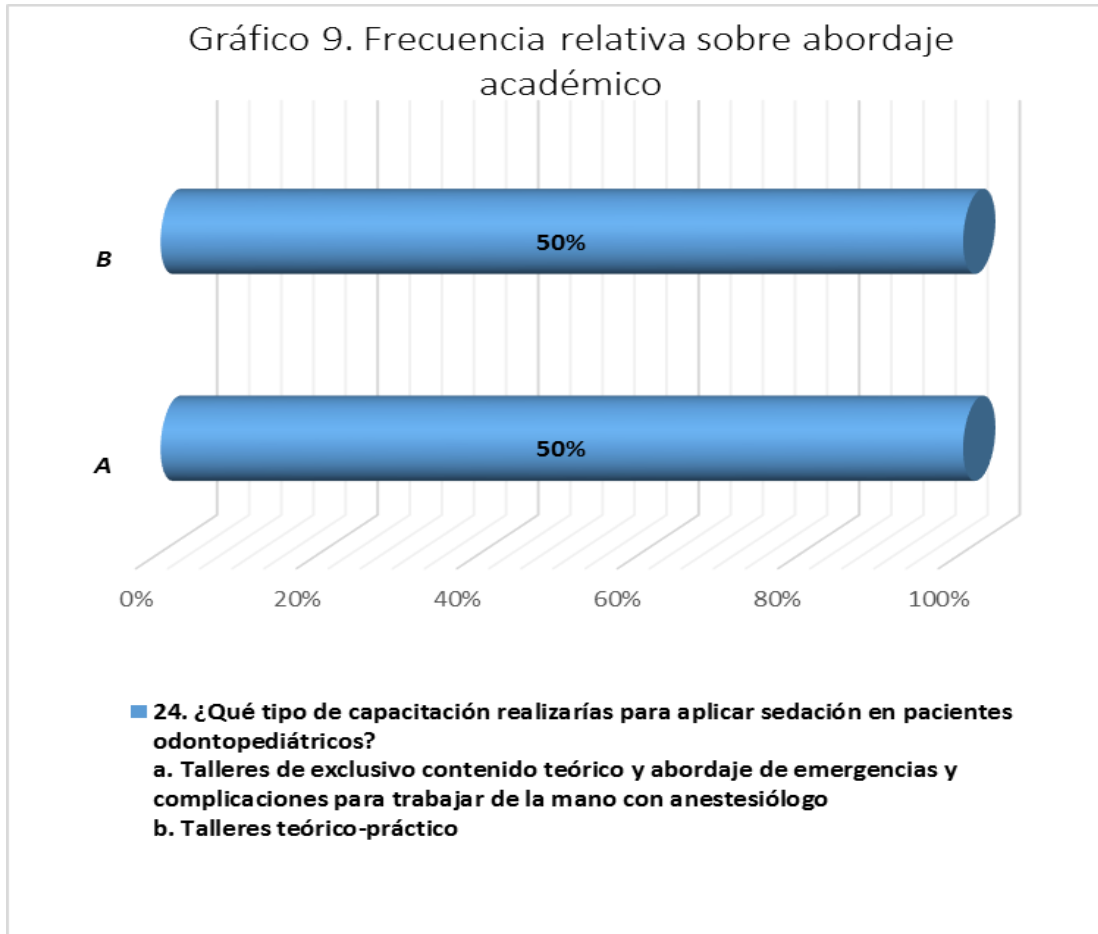
En concordancia con ello, el 33% aseguró que en su Escuela de Odontología en la cual labora o de la cual egresó, no existe alguna investigación, cursos o talleres relacionados con entrenamiento en sedación y un 33% no sabe si en la actualidad existe cobertura sobre el tema (Ítem 22).

Finalmente la mayoría (83%) considera necesario capacitarse para ofrecer en su consulta sedación en pacientes odontopediátricos (Ítem 23), lo cual representa una demanda a considerar para la planeación de futuros entrenamientos dirigidos al odontólogo y estudiante de la carrera.

Del Valle, una autora venezolana en 2005 refirió que la sedación intravenosa se ha convertido en una de las técnicas más comúnmente empleadas para evitar traumas psicológicos a los pacientes que necesiten de algún tipo de cirugía bucal y por tanto una forma de garantizar el procedimiento es la presencia del Anestesiólogo como integrante indispensable junto con el Cirujano para poder ser utilizada, además del ayudante del cirujano y el personal auxiliar (63).

**Tabla 9.** Distribución de frecuencias del abordaje académico

<i>Item</i>	<i>A</i>		<i>B</i>		<i>Totales</i>	
	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>	<i>Fa</i>	<i>Fr</i>
24	9	50%	9	50%	18	100%
<i>Promedio (%)</i>	38,67%		61,33%			



**Fuente:** Cuestionario aplicado por la investigadora (Martínez, 2019)

La última interrogante comprende las opciones educativas con las cuales, se pudiera dar conocimiento de la sedación en la Universidad José Antonio Páez (Item 24). Con una paridad en la respuesta, 50% se define por la opción A y la otra mitad se inclina por la opción B (Tabla 9, Gráfico 9).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### *Conclusiones*

A partir de los resultados obtenidos se concluye que:

- La información general que manejan los odontólogos generales/docentes sobre la sedación consciente para la atención de pacientes odontopediátricos, es insuficiente pues aunque conocen los objetivos de la sedación poseen dudas en cuanto a la indicación de la sedación en situaciones de compromiso sistémico y desconocen las contraindicaciones de la misma.
  
- En cuanto al protocolo farmacológico de sedación consciente para pacientes odontopediátricos, solo la mitad de los encuestados identifican al Midazolam, Diacepam, Ketamina, Fentanilo u Óxido nitroso en sus diversas vías de administración como los medicamentos de elección, reconociendo la apertura ocular al hablarle al niño como el nivel de sedación idóneo para iniciar el tratamiento odontológico. En esta investigación no se les consultó acerca de la dosificación de los medicamentos de acuerdo a las vías de administración, situación fundamental a la hora de administrar sedación en odontología con o sin la presencia de un anestesiólogo.
  
- Solo la mitad de odontólogos generales/docentes reconocen las condiciones mínimas necesarias para realizar una sedación segura como la presencia del anestesiólogo, equipo para emergencias, y la importancia del ayuno del paciente. Sin embargo, aunque afirman conocer los aspectos en monitoreo durante un procedimiento de sedación consciente, el 50% tiene dudas al respecto y solo un 33% sabe cuáles son los criterios postoperatorios a valorar

para asegurar el alta del paciente. No logró precisarse si realmente conocen los efectos secundarios de la sedación.

- Los odontólogos docentes no poseen experiencia previa en cuanto a su participación como administrador de la sedación, y por lo tanto no tienen la seguridad clínica suficiente para administrarla pese que todos han experimentado la necesidad de aplicarla. Han observado o acompañado un proceso de sedación en odontopediatría, pero revelaron que finalmente han preferido referir a otro colega especialista.
- Se evidenció la necesidad de propuestas educativas dirigidas a orientar al odontólogo general sobre sedación consciente para la atención dental de niños no cooperadores, pues aunque aseguran conocer en qué consiste la sedación consciente, recibieron alguna formación sobre este tema, pero insisten en que la información recibida no fue suficiente y la mayoría reconoce que deben capacitarse para ofrecer en su consulta sedación en pacientes odontopediátricos, lo cual representa una demanda a considerar para la planeación de futuros entrenamientos dirigidos al odontólogo y estudiantes de la carrera.

### ***Recomendaciones***

-Diseñar contenidos y actividades clínicas que se inicien desde el pregrado para reforzar los conocimientos generales sobre sedación en odontopediatría, pues no es

un terreno exclusivo del anestesiólogo ni del odontopediatra, recordando que un equipo de trabajo multidisciplinario deberá estar preparado para prever cualquier eventualidad durante un proceso de sedación, aun cuando esté siendo administrada por un especialista.

-Proponer talleres, diplomados o cursos avanzados que provean de suficiente entrenamiento a los odontólogos en especial a quienes ejercen como docentes universitarios de las áreas clínicas, pues se podría convertir en una herramienta aliada para la modificación de la conducta en pacientes ansiosos a los tratamientos odontológicos más invasivos.

-Realizar investigaciones que valoren el impacto de las intervenciones educativas realizadas para ajustar su pertinencia a los diferentes contextos y personal de salud involucrado.

## Referencias Bibliográficas

1. Ledesma K, Villavicencio E. Ansiedad y miedo ante el tratamiento odontológico en niños [revista en Internet]. 2017 [acceso 15 de octubre de 2017]; 2(1): [69-78]. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVA-UCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=75&path%5B%5D=122>
2. Akira C, Barrios D, Chinchá L, Cuzcano M, Quintana C, Vargas H, Tokuchi V. Manejo conductual del paciente bebé y pacientes especiales, mediante técnicas psicológicas y de restricción física [tesis en Internet]. 2009 [acceso 15 de Octubre de 2017]. Disponible en: [http://200.62.146.19/bibvirtualdata/monografias/alumnos/quintana\\_sc.pdf](http://200.62.146.19/bibvirtualdata/monografias/alumnos/quintana_sc.pdf)
3. Alfaro L, González F, Ramos K, Tirado L. Habilidades sociales y conducta en niños durante la consulta odontológica en un centro docente-asistencial, Cartagena (Colombia) [revista en Internet]. 2015 [acceso 15 de Octubre de 2017]; 27(1): [86-107]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/viewFile/20082/20319>
4. García A, Olmos M. Revisión sobre las relaciones entre percepción y acción en la infancia [revista en Internet]. 2011 [acceso 22 de Octubre de 2017]; 27(2): [399-404]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16720051016.pdf>
5. Flores M, Perdomo B. Preconceptos sobre el odontólogo y la consulta odontológica por parte de niños de séptimo grado en una institución rural en el estado Trujillo, Venezuela [revista en Internet]. 2007 [acceso 8 de Noviembre de 2017]; 2(1): [44-50]. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/7280/7151>
6. González C, Guedes A, Nahás M, Pérez N. Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad [revista en Internet]. 2002 [acceso 12 de Febrero de 2017]; 39(3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072002000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000300003)
7. Alfaro L, González F, Ramos K, Redondo A, Rangel T. (2014). Intervención para disminuir miedo y ansiedad dental en niños de 5 a 9 años de edad (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena) [revista en Internet]. 2014 [acceso 15 de Octubre de 2017]. Disponible en:

<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2739/3/tesis%20documentd%20final.pdf>

8. Cançado M, Demetrio D, Gass E, Lansing J, Valença K, da Silva L. El papel del odontólogo como facilitador de la relación con el paciente adolescente: una revisión de literatura. *Odontoestomatología*[revista en Internet]. 2010 [acceso 22 de Octubre de 2017];12(14): [15-28]. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-3392010000100003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-3392010000100003&script=sci_arttext&tlng=es)
9. Romero M. Historia de la odontopediatría española entre 1400 y 1800 [tesis en Internet]. 1994 [acceso 22 de Octubre de 2017]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/2736/1/med1.pdf>
10. Boj J, Catalá M, García C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven [libro en Internet]. 2010 [acceso 16 de Octubre de 2017]; 11(38): .Disponible en: [http://drboj.org/Pediatric\\_Dentistry\\_Textbook.pdf](http://drboj.org/Pediatric_Dentistry_Textbook.pdf)
11. Celemín A, López M, Samara G, Evolución histórica de la Odontopediatría en España durante el periodo 980-1990 [revista en Internet]. 2003 [acceso 16 de Octubre de 2017]; 11(1): [4-9]. Disponible en: [http://www.odontologiapediatrica.com/documentos/revistas/articulos/44\\_G.%20Samara.pdf](http://www.odontologiapediatrica.com/documentos/revistas/articulos/44_G.%20Samara.pdf)
12. Lazo A, Ramos W, Mercado J. Nivel de Ansiedad antes y después de un Tratamiento Odontológico en niños de 4 a 8 años de edad [revista en Internet]. 2014 [acceso 22 de Octubre de 2017]; 1(1): [27-34]. Disponible en:<http://huajsapata.unap.edu.pe/journal/index.php/REA/article/view/44/16>
13. Escalona J, Lotti M, RodriguezR,SalcinesY,Intervención educativa sobre percepción de riesgo para las enfermedades bucales con escolares. Carabobo. 2014. [revista en Internet]. 2014 [acceso 16 de Octubre de 2017]; Disponible en: <http://www.socesholguin2015.sld.cu/index.php/socesholguin/2015/paper/viewPaper/35>
14. Hausberger M, Pereyra A, Sacchi M, Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. [revista en Internet]. 2007 [acceso 16 de Octubre de 2017]; 3(3): [ 271-283]. Disponible en:[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652007000300005&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652007000300005&script=sci_arttext&tlng=es)

15. Soto R, Neyra E. Calidad de vida relacionada a la salud bucal, según la percepción de los adolescentes de 11-14 años y la percepción por parte de sus padres en la institución educativa 0146 su santidad juan pablo ii del distrito de san juan de lurigancho en el año 2017. [tesis en Internet]. 2017 [acceso 16 de Octubre de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1209/TITULO%20-%20Rojas%20Soto,%20Estefania%20Neyra.pdf?sequence=1>
  
16. Gallegos K. Nivel de ansiedad: estudio comparativo entre la musicoterapia y gafas de distracción audiovisual, en niños de 6 a 8 años de edad de la escuela Consejo Provincial de Pichincha [tesis en Internet]. 2016 [acceso 22 de Octubre de 2017]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5802/1/T-UCE-0015-286.pdf>
  
17. Salazar C, Padrón M, Salazar J. Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados. [revista en Internet]. 2005 [acceso 16 de Octubre de 2017]; 43(3): [240-251]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652005000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652005000300005&script=sci_arttext)
  
18. Aguirre A, Islas A, Vidrio G. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatría comparando tres métodos de información [revista en Internet]. 2007 [acceso 22 de Octubre de 2017]; 11(3): [135-139]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2007/uo073d.pdf>
  
19. Pérez R, Soto I, Vidrio G. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos [revista en Internet]. 2006 [acceso 22 de Octubre de 2017]; 10(1): [30-35]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2006/uo061e.pdf>
  
20. Cárdenas D, Díaz S, Martínez K, Martínez L, Vélez M. Percepción de los padres y/o cuidadores del impacto de la caries, fluorosis y trauma dentoalveolar sobre la calidad de vida en escolares [tesis en Internet]. 2016 [acceso 16 de Octubre de 2017]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/4292/1/%21DOCUMENT%20FINAL%20CV%20y%20Caries%2030.06.16.pdf>
  
21. Gallegos K. Nivel de ansiedad: estudio comparativo entre la musicoterapia y gafas de distracción audiovisual, en niños de 6 a 8 años de edad de la escuela Consejo Provincial de Pichincha [tesis en Internet]. 2016 [acceso 22 de

Octubre de 2017]; Disponible en:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5802/1/T-UCE-0015-286.pdf>

22. Salazar C, Padrón M, Salazar J. Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados. [revista en Internet]. 2005 [acceso 16 de Octubre de 2017]; 43(3): [240-251]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652005000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652005000300005&script=sci_arttext)
23. Córdoba D, del Socorro S, Tapia T, Liliana G. Conocimientos y actitud de los odontólogos en la atención de personas con discapacidad intelectual. [revista en Internet]. 2012 [acceso 16 de Octubre de 2017]; 14(1): [78-86]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072012000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000100007)
24. Paredes V., Morales O., Coronado J. , Díaz N. Efecto de la escucha de Música Barroca sobre la ansiedad de niños que acuden a la Consulta Odontológica. [revista en Internet]. 2015 [acceso 22 de Octubre de 2017]; 12(2): Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2052/205244045005.pdf>
25. Chu C, Díaz-Pizán M. La música como medio alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental.[revista en Internet]. 2005 [acceso 16 de Octubre de 2017]; 15(1): [46-49]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539343009.pdf>
26. Gómez R, Durán L, Cabra L, Pinzón C, Rodríguez N. Musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con síndrome de Down [revista en Internet]. 2012 [acceso 16 de Octubre de 2017]; 7(2): [13-24]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826002>
27. Ríos M., Herrera A., Rojas G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. Avances en odontoestomatología. [revista en Internet]. 2014 [acceso 8 de Noviembre de 2017]; 30(1): [39-46]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852014000100005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852014000100005&script=sci_arttext&tlng=en)
28. Krahn N., García A., Gómez L., Astié F. Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión. [revista en Internet]. 2011 [acceso 16 de Octubre de 2017]; 12(23): [213-222] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/184/18424417012.pdf>

29. Olvera K., Urbina E., Carrasco E., Martínez J., Escareño C., Moctezuma P. Influencia del estrés sobre los signos vitales en pacientes pediátricos tratados con anestesia dental. . [revista en Internet]. 2014 [acceso 16 de Octubre de 2017]; 71(4): [183-187]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od144f.pdf>
  
30. Sosa C., Silva J., Oliveros J., Sosa J. Variaciones de los signos vitales como indicadores de estrés en niños que asisten a la consulta odontopediatría de la facultad de odontología. [revista en Internet]. 2007 [acceso 8 de Noviembre de 2017]; 8(1): [29-34]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v8n1/8-1-3.pdf>
  
31. Reytor C. Prevalencia de ansiedad y factores asociados a la misma en niños de 7 a 11 años de una escuela fiscal y una escuela privada antes de una revisión odontológica general [tesis en Internet]. 2015 [acceso 22 de Octubre de 2017]; Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/jspui/bitstream/33000/4530/1/UDLA-EC-TOD-2015-56.pdf>
  
32. McWhorter AG. Treatment planning for the pediatric patient. *Tex Dent J*. 2010; 127(12):1275-80.
  
33. Walley S, Albadri S. Undergraduates' perceptions of the value of practical inhalation sedation experience in a UK dental school. *EurArchPaediatrDent*. 2015;16(5):371-6. doi: 10.1007/s40368-014-0173-5.
  
34. Wilson S. Management of child patient behavior: quality of care, fear and anxiety, and the child patient. *J Endod*. 2013; 39(3):S73-7. doi: 10.1016/j.joen.2012.11.040.
  
35. Rojano-Santillán A, Martínez-Ruíz V, Pizano-Damasco M, Banderas-Tarabay J. Dosis efectiva de Midazolam para sedación consciente en estomatología pediátrica. *Revista ADM*. 2004; 61(4):130-136.
  
36. ShavlokhovaEA, OstreikovIF, Korolenkova MV. Sedation with midazolam for ambulatory pediatric dentistry. *AnesteziolReanimatol*. 2014;59(5):48-52.

37. Oliver K, Manton DJ. Contemporary behavior management techniques in clinical pediatric dentistry: out with the old and in with the new?. *J DentChild*. 2015; 82(1):22-8.
38. Kupietzky A, Houpt MI. Midazolam: A review of its use for conscious sedation in children. *PediatrDent*. 1993; 15:237.
39. AbedHH. Practical Conscious Sedation. *SaudiMed J*. 2017;38(7):772.
40. Siddiqui F. Anesthesia-related mortality in pediatric patients in dental office setting. *J IndianSocPedodPrevDent*. 2017; 35(2):184. doi: 10.4103/JISPPD. JISPPD\_108\_16.
41. Jackson DL, Johnson BS. Conscious sedation for dentistry: risk management and patient selection. *DentClin North Am*. 2002; 46(4):767-80. doi: 10.1016/S0011-8532(02)00034-4
42. Álvarez AM, Álvarez M. Sedación oral: fundamentos clínicos para su aplicación en odontología. *Revista CES Odontología*. 2006; 19(2):61-73.
43. Beach ML, Cohen DM, Gallagher SM, Cravero JP. Major Adverse Events and Relationship to “Nil per Os” Status in Pediatric Sedation/Anesthesia Outside the Operating Room: A Report of the Pediatric Sedation Research Consortium. *SurvAnesthesiol*. 2016; 60(5):203. doi: 10.1097/ALN.0000000000000933.
44. Coulthard P. Conscious sedation guidance. *Evid Based Dent*. 2006; 7(4):90. doi:10.1038/sj.ebd.6400441.
45. Sheahan C, Mathews D. Monitoring and delivery of sedation. *Br J Anaesth*. 2014; 113(2):ii37-ii47. doi: 10.1093/bja/aeu378.
46. Seymour RA. Pharmacology and therapeutics in dentistry. *Periodontol*. 2000 2008; 46(1):7-8. doi:10.1111/j.1600-0757.2008.00237.x
47. Somri M, Matter I, Hadjittofi C, Hoash N, Moaddi B, Kharouba J et al. Detection of Respiratory Adverse Events in Pediatric Dental Patients Sedated

With 0.75 mg/Kg of Midazolam and Oxygen by Continuous Pretracheal Auscultation: A Prospective Randomized Controlled Trial. *J ClinPediatrDent.* 2017; 41(2):154-60. doi: 10.17796/1053-4628-41.2.154.

48. Gentz R, Casamassimo P, Amini H, Claman D, Smiley M. Safety and Efficacy of 3 Pediatric Midazolam Moderate Sedation Regimens. *AnesthProg.* 2017; 64(2):66-72. doi: 10.2344/anpr-64-02-04.
49. Álvarez-Páucar María, Sacsquispe-Contreras Sonia, Paredes-Paredes Ney. Manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2016 Oct [citado 2019 Abr 12]; 26(4): 255-262. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552016000400008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400008&lng=es).
50. Tapia Akemy, Vilcapoma Henry, Nuñez María. Aceptabilidad y eficacia del midazolam oral en jugo y en gelatina en la sedación consciente de pacientes pre-escolares para su atención estomatológica. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2017 Oct [citado 2019 Abr 12]; 27(4): 219-226. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552017000400003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552017000400003&lng=es).
51. Francisco G, Alvarado R, Morales M. Tipos de sedación utilizadas en odontopediatría. *Revisión de la literatura. Odouscientif.* 2017; 18(2): p. 60-73.
52. Soto L. ¿Sedación? Límites y responsabilidades. *Revmexanestes.* 2015; 38(1): p. 67- 69.
53. Ashley PF, Chaudhary M, Lourenço-Matharu L. Sedation of children undergoing dental treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 12. Art. No.: CD003877. DOI: 10.1002/14651858.CD003877.pub5
54. Adams A; Yarascavitch C; Quiñonez C; Azarpazhooh A. Use of and Access to Deep Sedation and General Anesthesia for Dental Patients: A Survey of Ontario Dentists. *J Can Dent Assoc* 2017;83:h4
55. Alkandari SA , Almousa F , Abdulwahab M , Boynes SG. Dentists' and Parents' Attitude Toward Nitrous Oxide Use in Kuwait. *Anesth Prog.* 2016;63(1):8-16. DOI: 10.2344/14-00008.1.

56. Scally K. J., Wilson K. E. and Girdler N. M. A study of dental students' clinical knowledge acquisition and experiences in conscious sedation. *British Dental Journal* 2015; 218: 351–354. DOI: 10.1038/sj.bdj.2015.198
57. Vanderbilt A, Husson M. Current Sedation and Anesthesia Practices among Dentists: A Statewide Survey. *OHDM* 2013; 12 (4): 230- 236
58. Daher A, Hanna RP, Costa LR, Leles CR. Practices and opinions on nitrous oxide/oxygen sedation from dentists licensed to perform relative analgesia in Brazil. *BMC Oral Health*. 2012 Jul 18;12:21. DOI: 10.1186/1472-6831-12-21.
59. Woolley SM, Hingston EJ, Shah J, Chadwick BL. Paediatric conscious sedation: views and experience of specialists in paediatric dentistry. *Br Dent J*. 2009 Sep 26; 207(6):E11; discussion 280-1. DOI: 10.1038/sj.bdj.2009.664.
60. Costa I, Dias A, Pinheiro I, Chaves M, Ferreira R, Almeida R, Lima A. Perceptions of dentists, dentistry undergraduate students, and the lay public about dental sedation. *J Appl Oral Sci* 2004; 12(3): 182-8.
61. J A Leitch, N M Girdler. A survey of the teaching of conscious sedation in dental schools of the United Kingdom and Ireland. *British Dental Journal* 2000; 188: 211–216
62. Francisco-González G, Alvarado-Pineda R, Morales-Chávez M. Tipos de sedación utilizadas en odontopediatría. Revisión de la literatura. *Odous Científica*. 2017; 18(2): 60-73 Available from: [https://www.researchgate.net/publication/321848775\\_Tipos\\_de\\_sedacion\\_utilizadas\\_en\\_odontopediatria\\_Revision\\_de\\_la\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/321848775_Tipos_de_sedacion_utilizadas_en_odontopediatria_Revision_de_la_literatura)
63. Del Valle A Sol Cristina. Manejo multidisciplinario de la sedación intravenosa en Cirugía Bucal. *Acta odontol venez* [Internet]. 2005 Ene [citado 2019 Mayo 22] ; 43( 1 ): 69-80. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652005000100013&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000100013&lng=es).
64. Orta Contreras N, Diéguez Pérez M, Martín Carreras-Presas C, Gómez Sánchez M. Sedación consciente en Odontopediatría. Aspectos legales en España. *Gaceta dental: Industria y profesiones*, 2015; (272): 149-154
65. Salazar M., A: (2001) Pautas para la Aplicación de la Sedación/Analgesia en la Práctica Odontológica. (Una propuesta para la Facultad de Odontología, de la UCV) Trabajo de Ascenso, Facultad de Odontología, UCV.

66. Sedación en odontopediatría. Sociedad Española de Odontopediatría. 2019. <https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2019/02/SEOP-Protocolo-SEDACI%C3%93N-Actualizado-31012019.pdf>
67. Rojas-Rivera W, Camacho-Aguilar M. Revisión Sedación ¿Qué es?, ¿Quien debe administrarla? Acta Méd. Costarric. 2004; 46 (2)
68. Guidelines for the Use of Sedation and General Anesthesia by Dentists. American dental Association. 2016. Disponible en: [https://www.ada.org/en/~media/ADA/Education%20and%20Careers/Files/ADA\\_Sedation\\_Use\\_Guidelines](https://www.ada.org/en/~media/ADA/Education%20and%20Careers/Files/ADA_Sedation_Use_Guidelines)
69. Rojas-Rivera Walter, Camacho-Aguilar Marcela. Sedación ¿Qué es?, ¿Quién debe administrarla? Acta méd. costarric [Internet]. 2004; 46(2): 68-71. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022004000200007&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022004000200007&lng=en)
70. Silva CC, Lavado C, Areias C, Moura J, Andrade D. Conscious sedation vs general anesthesia in pediatric dentistry – a review. Medical Express (São Paulo, online). 2015; 2(1):M150104.
71. Paloma Pérez Prieto. Sedación en odontología: Sedación inhalatoria con Óxido nitroso. Gaceta dental 2017; (295): 154-160. [https://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/2017/10/295\\_CIENCIA\\_SedacionOdontologia.pdf](https://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/2017/10/295_CIENCIA_SedacionOdontologia.pdf)
72. Recomendaciones para el uso de la sedación consciente en procedimientos odontológicos del 2005 al 2017. Revisión sistemática. Trabajo presentado como requisito para optar al Título de Odontólogo. Álvarez T, Gutiérrez T. Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, Facultad de Odontología, 2018. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/12835/2018tatianagutierrez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
73. Canpolat DG, Mustafa DY, Aksu R, Kutuk N, Alkan A, Cantekin K. Intravenous ketamine, propofol and propofol-ketamine combination used for pediatric dental sedation: A randomized clinical study. 2016; 32 (3):682-87.

74. Arpaci AH, Isik B. Pediatric tooth extractions under sedoanalgesia. *Pak J MedSci.* 2016; 32(5): 1291-95.
75. Eshghi A, Mohammadpour M, Kaviani N, Tahririan D, Akhlaghi N. Comparative evaluation of bispectral index system after sedation with midazolam and propofol combined with remifentanyl versus ketamine in uncooperative during dental procedures. *Dental Research Journal.* 2016; 13(1):1-6
76. Gazal G, Musheer W, Sohail M, Al- Samadani KH. Pain and anxiety management for pediatric dental procedures using various combinations of sedative drugs: A review. *Saudi Pharmaceutical Journal.* 2016; 24: 379–85.
77. Ibarra P, Galindo M, Molano A, Niño C, Rubiano A, Echeverry P y cols. Consenso nacional. Recomendaciones para la sedación y la analgesia por médicos no anestesiólogos y odontólogos de pacientes mayores de 12 años *Rev Colomb Anestesiol.* 2012; 40(1):67-74
78. Nemethy María, Paroli L, et al. Assessing Sedation with Regional Anesthesia: Inter -Rater Agreement on a Modified Wilson Sedation Scale. *Anesth Analg* 2002, 94:723-8.
79. Practice Guidelines for Intravenous Conscious Sedation in Dentistry (Second Edition, 2017) The Japanese Dental Society of Anesthesiology for Dentists Practicing Sedation in Japan. *Anesth Prog* 65:e1–e18 2018. DOI 10.2344/anpr-65-04-15w
80. Protocolo de pre-medicación y sedación en odontopediatría. Sociedad española de Odontopediatría. 2018. <http://www.odontologiapediatria.com/wp-content/uploads/2018/06/SedacionSEOP.pdf>
81. Scottish Dental Clinical Effectiveness Program (SDCEP). Conscious sedation in dentistry dental clinical guidance third edition. Available at: <https://www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2017/07/SDCEP-Conscious-Sedation-Guidance.pdf>.
82. Información sobre sedación en odontopediatría. Servicios anestésicos dentales SEDATIUM. <https://www.sedatium.com/pdf/informacion-sedacion.pdf> S/F
83. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4th ed. México: McGraw-Hill; 2004.
84. Arias F. El Proyecto de Investigación, Introducción a la Metodología Científica. Edición 6. Editorial Episteme, febrero 2012 Caracas – Venezuela.

## **APÉNDICES Y/O ANEXOS**

## Apéndice 1. Cuadro de Operacionalización de variables

**Objetivo General:** Evaluar el conocimiento que posee el odontólogo general/docente de la Universidad José Antonio Páez acerca de la sedación consciente para la atención odontológica en niños.

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Ítems
<b>Sedación consciente en pacientes odontopediátricos</b>	Procedimiento anestésico que provoca alteraciones en el nivel de conciencia inducidas por la administración de uno o varios fármacos	<b>Tipos de sedación</b>	-Consciente leve (ansiolisis) -Consciente moderada (sedación consciente o sedación/analgesia) -Inconsciente o profunda	3
		<b>Objetivos de la sedación</b>	- Reducción de Ansiedad - Disminuir Tiempo del procedimiento - Minimizar riesgos con la anestesia general - Retorno a la normalidad fisiológica.	4
		<b>Indicaciones</b>	-Asociadas al acto odontológico -Asociadas a los Paciente	5,6,7
		<b>Contraindicaciones</b>	- Edad menor a 2 años - Incapacidad de comunicación -Condición sistémica de riesgo	8,9
<b>Conocimiento odontólogo general sobre sedación consciente para la atención dental de niños no cooperadores.</b>		<b>Sedación consciente</b>	- Información	1,2,10,14,15,16,17
		<b>Experiencia en sedación</b>	- Realización de la sedación	11,12,13,18
		<b>Abordaje académico</b>	- Cobertura de este tema en la universidad	21
			- Trabajos de investigación	22

		<b><i>Intereses y expectativas</i></b>	- <i>Necesidad de ofrecer sedación</i>	19,20
			- <i>Expectativas al formarse en sedación en odontopediatría</i>	23,24

Martínez (2019)

## Apéndice 2

### Instrumento de recolección de datos



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO**



Apreciado Profesor, el presente cuestionario tiene por finalidad obtener datos fidedignos para el Trabajo de Grado titulado: **SEDACIÓN EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS Y SUS INDICACIONES SEGÚN DOCENTES DE ÁREAS CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ: PERSPECTIVA DEL ODONTÓLOGO-DOCENTE UNIVERSITARIO.**

No tiene que identificarse, las respuestas son de carácter confidencial por lo que le agradecemos la total sinceridad en sus respuestas. Responda siguiendo lo indicado en cada planteamiento según su criterio o experiencia. De antemano muchas gracias por su colaboración.

<b>Preguntas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No sé</b>
1. ¿Ha recibido información sobre sedación en pacientes odontopediátricos?			
2. ¿Sabe usted en qué consiste la sedación consciente en odontopediatría?			
3. ¿Entre los tipos de sedación, la sedación consciente moderada (sedación consciente o sedación/analgesia) pueden emplearse en odontopediatría?			
4. ¿Sedar al paciente odontopediátrico disminuye el tiempo del procedimiento odontológico, minimiza la ansiedad del paciente y evita los riesgos de la anestesia general?			
5. Si los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en odontopediatría son largos o se debe realizar tratamiento en zonas de difícil acceso ¿está indicada la sedación consciente en odontopediatría?			
6. En pacientes niños ansiosos y con miedo sin modificación conductual exitosa ¿Está indicado realizar sedación consciente?			
7. ¿La sedación consciente en odontopediatría puede indicarse en pacientes médicamente comprometidos (cardiópatas, epilépticos, hipertensos, diabéticos)?			
8. ¿Se puede indicar sedación consciente en niños que no puedan cooperar o en pacientes con discapacidad física, mental?			
9. Si el paciente odontopediátrico tiene amígdalas hipertróficas, es respirador bucal			

o cualquier otra patología respiratoria ¿se puede indicar sedación consciente?			
10. ¿El Midazolam, Diazepam, Ketamina, Fentanilo u Óxido nitroso son los fármacos de elección para sedación consciente en odontopediatría?			
11. ¿La administración de los fármacos para inducir sedación en niños puede realizarse por vía oral, nasal por inhalación, mucosa nasal (gotas), intramuscular, subcutánea e intravenosa?			
12. Para una sedación consciente segura en odontopediatría ¿el Anestesiólogo debe inducir la y el consultorio odontológico deben contar con equipos de quirófano para emergencias asociadas?			
13. ¿El paciente odontopediátrico al que se le realizará sedación consciente debe guardar ayuno de alimentos y bebidas mínimo 3 horas antes de la sedación?			
14. Al inducir la sedación el niño mantiene los ojos cerrados, pero los abre al hablarle ¿es un nivel de sedación aceptable para iniciar el tratamiento odontológico?			
15. ¿Conoce usted cuales son los criterios que se monitorean en el paciente odontopediátrico mientras se encuentra sedado?			
16. ¿Conoce cuáles son los criterios postoperatorios a verificar cuando ha terminado el tratamiento odontológico en el paciente sedado y debe dársele de alta?			
17. ¿Conoce usted los efectos secundarios de la sedación en el niño?			
18. ¿Ha practicado u observado algún procedimiento de sedación?			
19. Si no practica este tipo de procedimiento, ¿alguna vez ha experimentado la necesidad de usar sedantes?			
20. ¿Alguna vez ha referido a un paciente a un especialista en este tipo de intervención?			
21. ¿Hubo cobertura de este tema en la universidad cuando cursó la carrera de odontología?			
22. En su escuela de odontología en la cual labora o de la cual egresó, ¿hay algún trabajo relacionado con el uso de la sedación en odontología (investigación, enseñanza, extensión)?			
23. ¿Considera necesario capacitarte para ofrecer en tu consulta sedación en pacientes odontopediátricos?			

24. ¿Qué tipo de capacitación realizarías para aplicar sedación en pacientes odontopediátricos?

- Talleres de exclusivo contenido teórico y abordaje de emergencias y complicaciones para trabajar de la mano con anestesiólogo
- Talleres teórico-prácticos donde se forme a los odontólogos generales para realizar sedaciones seguras.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SEGÚN  
 JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación, se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento. En cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa según su criterio.

**Instrumento:** Cuestionario dirigido a estudiantes

**TÍTULO DEL TRABAJO:** SEDACION EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS Y SUS INDICACIONES SEGÚN DOCENTES DE ÁREAS CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**Autor(a):** Edis Martínez

Criterios	Pertinencia (oportunidad- conveniencia)		Claridad (redacción)		Coherencia (correspondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		



16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		
21	✓		✓		✓		✓		
22	✓		✓		✓		✓		
23	✓		✓		✓		✓		
24	✓		✓		✓		✓		
25			✓		✓		✓		
26			✓		✓		✓		

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE  NO APLICABLE

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I.	Firma
Jesús María	17052595	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
odontólogo	Tercer Nivel	19/10/19



Scanned with  
CamScanner

