



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

ASPECTOS ÉTICOS EN EL USO DE FÁRMACOS  
PARA EL MANEJO DE CONDUCTA.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

LILIA MAURICIO ALANÍS

TUTORA: Esp. ALICIA MONTES DE OCA BASILIO



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

*Sé que las palabras no son suficientes, pero es una pequeña muestra de mi gratitud a las personas más especiales en mi vida y que ayudaron a culminar esta grandiosa etapa y una de mis grandes metas.*

*A Dios:*

*Por permitirme cumplir esta meta que a veces se veía tan lejos, por darme la fuerza necesaria y superar todos los obstáculos para alcanzarla.*

*A mis Padres:*

*Por TODO lo que me han dado.*

*A Jorge Ibán:*

*Porque estuviste en todo y cada momento que te necesite. . . buenos y malos.*

*Me diste palabras de aliento para no rendirme, y no sólo palabras pues diste todo cuanto pudiste para ayudarme.*

*Y sobre todo porque nunca dejaste de creer en mí.*

*A mi Alma Mater:*

*Por regalarme la mejor etapa de mi vida, en la cual conocí a los amigos que estarán conmigo para siempre, por los conocimientos y experiencias que llevaré conmigo para toda la vida. . . y porque es un orgullo pertenecer a esta máxima casa de estudios.*

## DEDICATORIA

*A Mi Padre Francisco Mauricio Flores:*

*Con todo mi cariño y respeto porque sé que desde algún lugar me está cuidando, y está orgulloso de mí e inspirado en él me he esforzado cada día para ser mejor y salir adelante. Dedicó a él todo mi esfuerzo y este logro.*

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

<b>1. MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA CONDUCTA</b>	<b>2</b>
1.1. Sedación .....	9
1.1.1. Ligera .....	14
1.1.2. Moderada.....	15
1.1.3. Profunda .....	16
1.2. Anestesia general.....	16
1.3. Riesgos y complicaciones.....	18
<b>2. ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>21</b>
2.1. Percepción de los padres.....	22
2.2. Influencia en la decisión y aceptación de los padres.....	24
2.3. Actitud del profesional.....	26
<b>3. ASPECTOS LEGALES</b>	<b>28</b>
3.1. Consentimiento válidamente informado .....	29
3.2. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).....	30
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>36</b>



## INTRODUCCIÓN

La atención del paciente pediátrico debe ser efectiva y eficiente, apoyada en una actitud positiva encaminada a la conservación de la salud bucal, sin embargo, en ocasiones nos enfrentamos con situaciones donde la conducta del niño en el consultorio puede verse alterada por condiciones sistémicas, trastornos físicos o emocionales, por lo que puede ser necesario el uso de fármacos, que asociados a los métodos habituales de acercamiento y comunicación, permitan, dentro de los objetivos que se persiguen fomentar la educación, aliviar el miedo y la ansiedad, además de establecer una relación de confianza entre el odontólogo y el paciente.

Sin embargo, en algunos casos el empleo de fármacos es de manera indiscriminada, por falta de conocimientos, habilidad o entrenamiento para el control de conducta del paciente, con el objetivo de facilitar el trabajo en el consultorio, reducir el tiempo del tratamiento e incluso disminuir el estrés del profesional.

El presente trabajo busca dar a conocer algunos aspectos éticos e implicaciones que el odontopediatra debe tomar en cuenta antes de decidir aplicar el manejo farmacológico en los niños, para evitar de este modo el mal uso de esta herramienta, que si bien es útil en casos muy específicos, no debe ser de primera elección en la consulta odontopediátrica.



## 1. ASPECTOS ÉTICOS

Los avances tecnológicos y cambios en las perspectivas sociales, hacen que el profesional se enfrente en su práctica diaria a situaciones con un gran contenido ético, ya que los padres esperan que el odontopediatra lleve a cabo un tratamiento dental adecuado, además de ser capaz de manejar los problemas de comportamiento de su hijo por ser un especialista, sin embargo, este se ve influenciado por las características físicas, emocionales, cognitivas y fisiológicas del paciente, así como de los procedimientos que involucran diagnósticos complejos y habilidades técnicas, las cuáles se deben conocer y aplicar basándose en su juicio y criterio.

En algunas ocasiones, las sugerencias del profesional principalmente de las técnicas de restricción física (Figura 15) generan inconformidad en los padres, de tal manera que cada recomendación debe llevar una aplicación ética para cubrir con las expectativas e influir en el resultado final del procedimiento, por lo que la argumentación del odontólogo debe ser leal y no estar sesgada por intereses ajenos al paciente falseando, desfigurando u ocultando hechos, ya que su decisión debe ser autónoma y responder a sus valores.

El odontólogo desafortunadamente, se encuentra más relacionado con aspectos técnicos del ejercicio de la profesión que con rasgos científicos-éticos fundados en la vocación, por lo que la ética profesional deficiente, expresada en la prevalencia de los intereses del profesional sobre los del paciente, ausencia de actualización, ejercicio indebido del menester odontológico (ejercicio de la profesión sin las acreditaciones respectivas) y la práctica de una medicina bucal defensiva son algunas de las irregularidades más frecuentes en la práctica odontológica, de tal manera que la falta de

aplicación de preceptos éticos ha generado deterioro en su imagen ante la sociedad.<sup>1</sup>



Figura 15. Restricción física.<sup>2</sup>

## 2.1. Percepción de los padres

En las últimas décadas han cambiado considerablemente las prácticas disciplinarias que modulan y encauzan las conductas de los niños, debido al gran impacto que tiene la relación entre padres e hijos, que por falta de establecimiento de límites y respeto a la autoridad conlleva a la indisciplina. De tal manera, que la conducta, creencias y percepción de los padres hacia los profesionales que realizan el tratamiento odontológico, ha cambiado su actitud, participación e influencia, incrementado el número de padres que niegan la autorización para aplicar técnicas de remodelamiento de la conducta, utilizadas en el paciente pediátrico no cooperador para conseguir la adaptación, aceptación y paralelamente obtener una actitud positiva hacia

<sup>1</sup> Triana Estrada J. La ética: un problema para el odontólogo. Acta bioethica.2006;12:1;pp 75-80

<sup>2</sup> [www.odontobebepuru.org/.../1encuentro\\_08.jpg](http://www.odontobebepuru.org/.../1encuentro_08.jpg)

la consulta odontológica, además la falta o tipo de información que reciben a través de medios como el internet o la mercadotecnia distorsiona su percepción hacia el tratamiento dental provocando ansiedad<sup>3,4</sup> (Figura 16).

De tal manera, que los padres con alto nivel de ansiedad prefieren que se aplique sedación y anestesia general para evitarle al niño malas experiencias odontológicas y evadir conflictos, enfrentamientos con profesional y de ellos mismos con el niño.



Figura 16. Información del profesional hacia los padres.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> García Islas A., Parés Vidrio E.G., et al. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo e conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. Rev.Odontológica Mexicana.2007;11:3; pág 135

<sup>4</sup> Arenas M. Art. cit. pág 352

<sup>5</sup> Facultad de Odontología UNAM. Clínica Periférica Milpa Alta.



## **2.2. Influencia en la decisión y aceptación de los padres**

Los padres pueden pensar que al utilizar sedación y/o anestesia general se reduce el número de visitas al dentista y que el dolor es menor, lo que influye en el hecho de que se sientan satisfechos después de llevar a cabo estos procedimientos, incrementándose, en consecuencia, su demanda, ya que en la mayoría de los casos de niños sanos mayores de seis años, la decisión de llevar a cabo estas técnicas es tomada por los padres en ausencia de indicadores clínicos que las justifiquen.<sup>6</sup>

La aceptación se define como recibir voluntariamente lo que se da, ofrece o se encarga. La odontología como una ciencia de la salud predispone un ambiente y experiencia que en mucho estimula y provoca la respuesta natural de miedo en las personas, lo cual puede dificultar la aceptación a ciertas técnicas o métodos para recibir un tratamiento.<sup>7</sup>

Las explicaciones del profesional hacia los padres de las diferentes técnicas de manejo de la conducta que requiere su hijo pueden ser influenciadas para su aceptación a través de los métodos de información por medio oral, escrito, uso de diapositivas, fotografías o video.<sup>8, 9, 10, 11</sup> (Figura 17).

---

<sup>6</sup> Arenas M. Art. cit. pág 353

<sup>7</sup> García Montaña Y., Ríos Fragoso R., et al. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. Rev. Odontológica Mexicana. 2006. 10:3: pp 126

<sup>8</sup> García Islas A., Art. cit. Pág 137

<sup>9</sup> Peretz B. Zadik D. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. Peds piatr Dent. 1999;21:3: pág 201

<sup>10</sup> Allen K.D., Hodges E. D., et al. Comparing four methods to inform parents about child behavior management: how to inform for consent. Pediatr Dent.1995;17:3:pp 180-186

<sup>11</sup> García Montaña Y. pág 126

La toma de decisión por parte de los padres de aceptar tratamientos en sus hijos con las diferentes técnicas de manejo de conducta está determinada por dos factores: sus experiencias previas y conocimientos generales acerca de los procedimientos clínicos explicados por el profesional, siendo, el método de información oral el que les genera menor ansiedad, mostrándose más cooperadores, por lo que es más efectivo para obtener su consentimiento y aplicar las diversas técnicas de manejo de conducta en sus hijos.<sup>12, 13, 14, 15</sup>



Figura 17. Explicación por medio de imágenes.<sup>16</sup>

<sup>12</sup> Ib. Pág 126

<sup>13</sup> Scott S., García-Godoy F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. 1998 March-April. J Dent Child. pp 128-131

<sup>14</sup> Peretz B. Art. Cit. Pág 201-204

<sup>15</sup> García Islas A. Art. cit. Pág 135-138

<sup>16</sup> <http://www.dentaldoctors.es/esp/formacion/noticias/imagenes/agdiplgest.jpg>



### **2.3. Actitud del profesional**

La indicación del uso de técnicas para el manejo de conducta farmacológicas, debe evaluarse con criterios objetivos como: la comprobación de la necesidad odontológica, colaboración del niño y de los padres, consideraciones económicas, opciones de tratamiento, evaluación preoperatoria del estado de salud, así como de formación y experiencia del profesional que practica la sedación y/o anestesia general, ya que cuanto mayor sea el número de técnicas que disponga es más probable que consiga un resultado satisfactorio, además debe tener la capacidad de proveer un soporte cardiopulmonar si fuera necesario o de actuar de manera adecuada ante una emergencia o complicación, ya que en muchos casos los odontólogos utilizan la misma técnica, fármacos y dosis para todos los pacientes, lo que llega a provocar fracasos.<sup>17, 18, 19, 20</sup>

El odontólogo debe apegar su conducta no sólo a su voluntad, sino a valores fundamentales inculcados en la familia y fomentados durante su formación escolar, ya que la demanda de tratamiento bajo técnicas farmacológicas por exigencia paterna y en ausencia de necesidades clínicas objetivas, no debe ser considerada una razón suficiente para proceder a la administración de fármacos, ya que se han producido fallecimientos de pacientes pediátricos debido a que el médico intentó ajustarse a los deseos de los padres, en el sentido de que todo el tratamiento fuera llevado a cabo en una sola sesión, de tal manera que es necesario informarles de forma

<sup>17</sup> Malamed Stanley F. Sedación. Guía práctica. 3ª. Edición. Mosby. 1996. España. pp 557-558

<sup>18</sup> Nowak A. Op cit. Pág 260

<sup>19</sup> American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures. *Pediatr Dent.* 2006; 28 (suppl):pp 115-132

<sup>20</sup> Clinical Guideline on the elective Use of Minimal, Moderate, and Deep Sedation and General Anesthesia for Pediatric Dental Patient. *Art. Cit.* pp 95-103



explícita sobre los riesgos y la posibilidad de otras opciones más seguras con diferentes técnicas alternativas no farmacológicas, a pesar de que en algunos casos la implementación de las medidas de control de la conducta puede llegar a ser vista de forma negativa, cuando es posible su aplicación favorece la adaptación a la consulta odontológica, un desarrollo más adecuado de la conducta y personalidad del niño si se compara con el tratamiento realizado bajo manejo de conducta farmacológico.<sup>21, 22</sup>

---

<sup>21</sup> Arenas M.B.. Art. cit. Pág 354

<sup>22</sup> Malamed S.F. Op. cit. pp 557-558



## 2. MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA CONDUCTA

En pacientes sanos o con enfermedades sistémicas leves y moderadas (ASA I y II) (Tabla 1), antes de determinar el uso de sedación y/o anestesia general, deben utilizarse técnicas para el manejo de conducta no farmacológicas, tomando en cuenta las necesidades dentales del paciente, la calidad del cuidado dental, su desarrollo emocional y sus condiciones físicas, ya que en el momento del tratamiento el comportamiento del niño, puede alterarse por diversas causas, principalmente miedo y ansiedad, manifestándose como una reacción emocional a un peligro irreal o imaginario, con un sentimiento inmotivado de temor e incertidumbre, aprehensión y tensión frente a una amenaza que compromete su funcionamiento, lo que implica una reducción de la libertad personal que activa las operaciones de defensa del organismo, por lo tanto, se debe evaluar previamente a la atención dental, la ansiedad, temperamento y/o conducta del niño (Figura 1).

La escala para la valoración de la conducta más utilizada por su sencillez y alto grado de confiabilidad, es la de Frankl, que sitúa al paciente en cuatro categorías: definitivamente negativo, negativo, positivo y definitivamente positivo <sup>1, 2, 3, 4</sup> (Tabla 2).

<sup>1</sup> Rivera Zelaya I.C., Fernández Parra, A. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Rev. Latinoam. Psicol.* 2005; 37:3: pág 461

<sup>2</sup> Wilson S. Pharmacological management of the pediatric dental patient. *Pediatr Dent.* 2004; 26: pág 131

<sup>3</sup> Pizano Damasco M.I., Bermúdez Rubio I.F. Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología. I: evaluación del paciente e indicación de la técnica. *Rev ADM.* 2004; 61:5: pág 167

<sup>4</sup> Boj, J.R., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza. *Odontopediatría.* Masson. Barcelona. 2004. pág 293

CLASE	DESCRIPCIÓN
I	Paciente sano sometido a cirugía electiva.
II	Paciente con enfermedad sistémica leve.
III	Paciente con enfermedad sistémica grave que limita su actividad pero no es incapacitante.
IV	Paciente con enfermedad sistémica incapacitante que supone un riesgo vital constante.
V	Paciente moribundo con expectativa vital menor de 24 horas, con o sin operación.
VI	Persona que ha sido declarada con muerte cerebral cuyos órganos están siendo removidos para donación.

Tabla 1. Clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists) para cirugía.<sup>5</sup>



Figura 1. Miedo y ansiedad frente al tratamiento dental.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>

<sup>6</sup> [http://modamanua.files.wordpress.com/2008/09/776852\\_15656141.jpg](http://modamanua.files.wordpress.com/2008/09/776852_15656141.jpg)



El grado de ansiedad puede identificarse utilizando alguna de las escalas de predicción, que aunque con sus limitantes, han demostrado tener éxito en la evaluación, entre ellas se encuentran:

➤ Corah's Dental Anxiety Scale (DAS): se utilizan cinco preguntas básicas, días antes de la cita previa al tratamiento dental, pueden ser contestadas por los padres si el paciente no es capaz de entenderlas. Al sumar los puntos totales de la escala, una cifra menor de 13 se considera sin ansiedad, entre 13 y 15 puntos como ansioso, de 16 a 19 puntos muy ansioso y por arriba de 19 como fóbico al tratamiento dental (Tabla 3). Su relación con la escala de valoración de la conducta de Frankl es directamente proporcional.

<b>I. Definitivamente negativo.</b>	Rechazo total del tratamiento, grita, llora y no coopera.
<b>II. Negativo.</b>	Acepta con dificultad el tratamiento, arisco, lejano, ausente.
<b>III. Positivo.</b>	Acepta el tratamiento pero con cautela, obedece y se muestra ansioso.
<b>IV. Definitivamente positivo.</b>	Ríe, coopera, disfruta e inclusive se interesa en el tratamiento.

Tabla 2. Escala de valoración de la conducta de Frankl.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Pizano M.I. Art cit. Pág 169



➤ Venham Picture Test (VPT): esta escala puede aplicarse a niños preescolares con maduración cognoscitiva, es fácil y toma entre uno y dos minutos su respuesta. En esta escala se utilizan 8 pares de figuras, en las cuales cada uno de los pares representa un estado de ansiedad con una calificación numérica. El paciente escoge la(s) figura(s) que le parecen más cercanas a su estado de ansiedad, la calificación obtenida representa el número de veces que se siente ansioso de acuerdo al par escogido (Figura 2).

➤ Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSSDS): se mide el nivel de ansiedad en una escala de cinco puntos, que va desde 1 punto (sin ansiedad) hasta 5 puntos (muy ansioso). El puntaje total puede variar de 15 hasta 75 puntos, tomando 45 como el nivel a partir del cual se interpreta la aparición de la ansiedad <sup>8</sup> (Tabla 4).

En pacientes comprometidos física, psíquica y/o con falta de madurez psicológica o emocional se indica manejo farmacológico de la conducta, con el objetivo de reducir o eliminar la ansiedad, incrementar la tolerancia y cooperación haciendo que se sienta seguro y confortable durante tratamientos extensos y/o disminuyendo los movimientos y reacciones adversas, además de ayudar al desarrollo de la psique y producir una actitud positiva hacia atención futura. <sup>9, 10, 11, 12</sup>

---

<sup>8</sup> Ib. Pág 167

<sup>9</sup> Ib. pp 167-169

<sup>10</sup> Guidelines for Behavior Management. *Pediatr Dent.* 1994; 16: pp 50-54

<sup>11</sup> Boj J.R. Op. cit. Pág 294

<sup>12</sup> McDonald David R., Ralph R. *Odontología pediátrica y del adolescente. Médica Panamericana.* Buenos Aires. 1990. Pág 301



---

**1. Si tuvieras que ir al dentista mañana, ¿cómo te sentirías?**

Sin ansiedad/1    Ansiedad ligera/2    Ansiedad moderada/3    Muy ansioso/4  
Extrema ansiedad/5

**2. En la sala de espera del consultorio dental, ¿cómo te sientes?**

Sin ansiedad/1    Ansiedad ligera/2    Ansiedad moderada/3    Muy ansioso/4  
Extrema ansiedad/5

**3. Si van a utilizar el “taladro” en tu boca, ¿cómo te sentirías?**

Sin ansiedad/1    Ansiedad ligera/2    Ansiedad moderada/3    Muy ansioso/4  
Extrema ansiedad/5

**4. Si van a utilizar todo el instrumental para tu tratamiento dental,  
¿cómo te sentirías?**

Sin ansiedad/1    Ansiedad ligera/2    Ansiedad moderada/3    Muy ansioso/4  
Extrema ansiedad/5

**5. Si te van a inyectar anestésico local para tu tratamiento dental,  
¿cómo te sentirías?**

Sin ansiedad/1    Ansiedad ligera/2    Ansiedad moderada/3    Muy ansioso/4  
Extrema ansiedad/5

---

Tabla 3. Escala de Corah.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Ib. Pág 168



Figura 2. Pruebas de imágenes de Venham.<sup>14</sup>

En 1998 la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) clasifica a la sedación y a la anestesia general en cinco niveles de acuerdo a la respuesta del paciente<sup>15</sup> (Tabla 5).

<sup>14</sup> Pizano M.I. Art cit. Pág 168

<sup>15</sup> Álvarez A.M., Álvarez Martha. Sedación oral: fundamentos clínicos para su aplicación en odontología. Rev CES Odontológica. 2006;19:2: pág 62



CFSS-DS	Sin ansiedad	Poca ansiedad	Mayor ansiedad	Gran ansiedad	Mucha ansiedad
Dentistas	1	2	3	4	5
Médicos	1	2	3	4	5
Inyecciones	1	2	3	4	5
Examen bucal	1	2	3	4	5
Boca abierta	1	2	3	4	5
Que te toquen	1	2	3	4	5
Que te miren	1	2	3	4	5
“Taladro” dental	1	2	3	4	5
Ver “taladrar”	1	2	3	4	5
Oír “taladrar”	1	2	3	4	5
Instrumentarte	1	2	3	4	5
Asfixiarte	1	2	3	4	5
Ir al hospital	1	2	3	4	5
Gente de blanco	1	2	3	4	5
Limpieza dental	1	2	3	4	5

Tabla 4. Esquema de estudio del miedo de los niños subescala dental.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Pizano M.I. Pág 168



## 1.1. Sedación

Es el estado de disminución de la conciencia del entorno, tras la administración de uno o varios fármacos, provocando alteraciones en la cognición, motricidad, percepción al estímulo doloroso y con o sin pérdida de los reflejos protectores como la capacidad de mantener la vía aérea permeable y la ventilación espontánea. El grado de sedación que se consiga en cada individuo depende de la droga, la dosis, la vía de administración que se utilice y la sensibilidad individual, sin embargo nunca se debe sustituir la anestesia local.<sup>17</sup> La administración de los fármacos puede ser:

- **Vía oral:** es la más común, es económica, no requiere equipo ni entrenamiento especial para su aplicación, es segura si se calculan las dosis adecuadas para cada paciente, alcanzando el nivel máximo del fármaco durante el tratamiento, se utilizan: narcóticos (Meperidina), ansiolíticos, antihistamínicos (Hidroxina, Prometacina) y benzodiazepinas (Diacepam, Midazolam) éstos pueden ser administrados por los padres, sin embargo, si el efecto no es el deseado no podemos saber si se administró correctamente.<sup>18,19,20</sup>

- **Vía inhalatoria:** el agente utilizado es el óxido nitroso en combinación con oxígeno, el cual mejora el comportamiento del paciente durante el tratamiento, presentando una respuesta interactiva, no tiene efectos secundarios y la recuperación del paciente es fácil, sin embargo, requiere de equipo e instalaciones especiales y costosas (Figuras 3 y 4), así como entrenamiento previo, no debe usarse en niños en edad preescolar ni con

<sup>17</sup> Valdivieso Serna A. Analgesia y sedación oral en el niño sometido a procedimientos diagnósticos y terapéuticos. *Pediatr* 2001; 35:1: pág 14

<sup>18</sup> Álvarez A.M. Art. Cit. Pág 62

<sup>19</sup> Boj J.R. Op. cit. Pág 295

<sup>20</sup> McDonald D.R. Op. cit. Pág 310

alto grado de ansiedad y en el caso de que la zona de tratamiento sea la de incisivos superiores donde el acceso es difícil<sup>21</sup> (Figura 5).

- **Vía rectal:** es la más apropiada para niños menores de dos años o quienes rechazan la vía oral o intramuscular, se administran hipnóticos como benzodicepinas (Diacepam), tiene una absorción más rápida, pero su eliminación es lenta.<sup>22</sup>

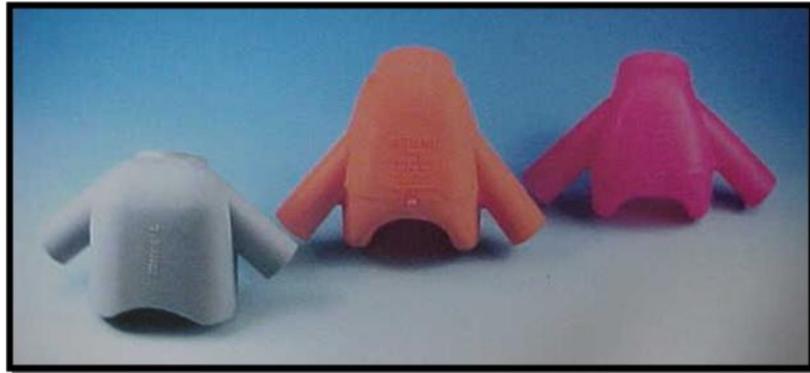


Figura 3. Mascarillas nasales.<sup>23</sup>



Figura 4. Aparato de administración de óxido nítrico.<sup>24</sup>

<sup>21</sup> Boj. Op. cit. Pág 298

<sup>22</sup> McDonald D.R. Op. cit. Pág 314

<sup>23</sup> Van Waes Hubertus J.M. Stökli Paul W. Atlas de Odontología Pediátrica. Masson Barcelona. 2002. Pág 163

<sup>24</sup> Ib. pág 161



Figura 5. Sedación con óxido nitroso.<sup>25</sup>

- **Vía intranasal:** es bastante segura y de fácil manejo, sin embargo, un problema que puede presentarse es que al ser colocado el sedante como la benzodiacepina (Midazolam), el paciente presente tos o estornude y con ello lo elimine, por ello se recomienda aplicarlo dos o tres veces (Figura 6).
- **Vía submucosa:** implica el depósito del fármaco debajo de la mucosa oral, se utilizan narcóticos como Meperidina y Fentanilo. Estos agentes se infiltran por lo general en el vestíbulo bucal.
- **Vía intravenosa:** se utiliza en niños mayores de 6 años, el inicio de los efectos es rápido aunque desaparecen lentamente, puede llevarse fácilmente al paciente a un grado de inconsciencia o problemas respiratorios sino es usada por expertos, además la flebitis tiene un alta incidencia, por lo que debe haber un monitoreo constante.

<sup>25</sup> [http://www.centroodontologicopaitilla.com/photos/oxido\\_nitroso.jpg](http://www.centroodontologicopaitilla.com/photos/oxido_nitroso.jpg)



Figura 6. Técnica de aplicación intranasal por medio de una jeringa.<sup>26</sup>

- **Vía intramuscular:** se utilizan narcóticos (Meperidina) y agentes disociativos (Ketamina), esta vía tiene un tiempo prolongado para alcanzar su efecto, no es reversible, incrementa la posibilidad de reacciones de idiosincrasia, además el uso de jeringas y agujas es muy temido por los niños<sup>27</sup> (Figura 7).



Figura 7. Administración intramuscular<sup>28</sup>

<sup>26</sup> [www.revistavisiondental.net/imagenes/seda3.gif](http://www.revistavisiondental.net/imagenes/seda3.gif)

<sup>27</sup> McDonald D.R. Op. cit. Pág 318

<sup>28</sup> [www.medicinapreventiva.com.ve/.../intramuscul.htm](http://www.medicinapreventiva.com.ve/.../intramuscul.htm)

Nivel	I	II y III	III y IV	V
<b>Cambios Fisiológicos</b>	<p>No involucra la función respiratoria.</p> <p>Sin pérdida de los reflejos de protección.</p> <p>Función cardiovascular no afectada.</p> <p>La función cognitiva y coordinación están involucradas.</p>	<p>No involucra la función respiratoria.</p> <p>Sin pérdida de los reflejos de protección.</p> <p>Función cardiovascular no afectada.</p>	<p>No involucra la función respiratoria.</p> <p>Pérdida parcial o completa de los reflejos de protección.</p> <p>Función cardiovascular no afectada.</p>	<p>Elimina la actividad sensitiva y motora.</p> <p>Pérdida parcial o completa de los reflejos de protección, incluyendo la vía aérea.</p> <p>Hay depresión del sistema nervioso autónomo.</p> <p>No hay respuesta a los comandos verbales o a estímulos físicos.</p>

Tabla 5. Niveles de sedación de acuerdo a la AAPD.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Álvarez A.M. Art. Cit. Pág 63

### 1.1.1. Sedación ligera

Se le conoce también como sedación analgésica o ansiólisis, se refiere a la mínima depresión de la conciencia médicamente controlada, que permite preservar una respuesta adecuada a la estimulación física o verbal, conservar los reflejos protectores, la función cardiovascular, mantener permeable la vía aérea de modo continuo e independiente, de tal forma que el paciente está consciente, tranquilo, relajado, colaborador y activo durante el tratamiento<sup>30</sup>(Figura 8). Este tipo de sedación es la idónea para los niños en los que el miedo y la ansiedad disminuye su capacidad de comunicación, su vía de administración es generalmente oral e inhalatoria<sup>31</sup>. La AAPD clasificó este tipo de sedación como nivel I.<sup>32</sup>



Figura 8. Paciente bajo sedación ligera.<sup>33</sup>

<sup>30</sup> Valdivieso A. Art. cit. Pág 14

<sup>31</sup> Boj J.R. Op. cit. Pág 294

<sup>32</sup> Álvarez A.M. Art. cit. Pág 62

<sup>33</sup> <http://www.osagest.com/clinica/img/sedacion.jpg>

### 1.1.2. Sedación moderada

Al administrar el medicamento provoca depresión de la conciencia, la vía aérea debe permanecer libre con una ventilación espontánea, mientras que la función cardiovascular usualmente no se ve afectada. El niño parece más relajado, puede perder por completo la noción del tiempo, aunque responde a las órdenes en grado variable, ya sea de manera demorada o no es capaz de mantener la acción, la cooperación suele ser menos probable debido a que no quiere ser molestado<sup>34</sup>. La AAPD clasificó este tipo de sedación como de nivel II y III<sup>35</sup>(Figura 9).



Figura 9. Expresión característica de un niño sedado.<sup>36</sup>

<sup>34</sup> Nowak A. Odontología para el paciente impedido. Editorial mundi S.A.I.A.F. Buenos Aires. 1979. Pág 260

<sup>35</sup> Álvarez A.M. Art. cit. Pág 62

<sup>36</sup> [www.revistavisiondental.net/imagenes/seda3.gif](http://www.revistavisiondental.net/imagenes/seda3.gif)



### **1.1.3. Sedación profunda**

Se administra un medicamento comúnmente por vía nasal, rectal o intramuscular que induce depresión de la conciencia, la función cardiovascular normalmente no se encuentra afectada, el niño puede responder a las repeticiones verbales o al estímulo doloroso, sin embargo, puede presentar pérdida parcial o total de los reflejos de protección los pacientes pueden requerir asistencia para mantener la función ventilatoria y una vía aérea permeable, la amnesia puede ser total y el paciente no despierta fácilmente, de tal manera que los riesgos y el estado de la sedación profunda son iguales a los de la anestesia general. Este nivel de sedación se indica en niños que requieran tratamientos largos y muestren escasa o nula cooperación. Se clasifica por la AAPD en un nivel III y IV.<sup>37</sup>

### **1.2. Anestesia General**

Es un estado controlado de inconsciencia, en donde la función cardiovascular puede encontrarse comprometida, incluso la capacidad de conservar la permeabilidad respiratoria y pérdida de reflejos protectores, por lo que el paciente requiere asistencia para mantener la vía aérea permeable, puede responder de modo intencional a la estimulación física o a las órdenes verbales<sup>38</sup>(Figura 10). Esta es considerada por la AAPD como nivel V<sup>39</sup>.

Se indica en niños o adolescentes ansiosos no comunicativos, incapaces de cooperar debido a falta de madurez emocional o psicológica en los cuales la sedación no haya tenido éxito, en casos de enfermedad odontológica severa acompañada de discapacidad física o mental, pacientes

---

<sup>37</sup> Álvarez A.M. Art. Cit. Pág 62

<sup>38</sup> Guidelines for Behavior Management. *Pediatr Dent*. 1994.16: pág 54

<sup>39</sup> Álvarez A.M. Art. Cit. Pág 62

en los cuales la anestesia local es ineficaz debido a una infección aguda o alergias, si se requiere de procedimientos quirúrgicos por traumatismos extensos del macizo máxilo facial y en pacientes con enfermedad sistémica severa que limita su actividad pero no lo incapacita o que lo incapacita hasta el punto de amenazar su vida (Asa III y Asa IV)<sup>40</sup> (Figura 11).<sup>41</sup>



Figura 10. Intubación intranasal.<sup>41</sup>

Figura 11. Equipo odontológico en el quirófano.<sup>42</sup>



<sup>40</sup> Arenas M., Barbería E. Marotom, M., Gómez B. Demanda paterna de tratamientos odontopediátricos utilizando anestesia general: una sorprendente realidad. 2006;11:3:pág 353

<sup>41</sup> Vargas Román M.P. Art. Cit. Pág 282

<sup>42</sup> Ib.



### **1.3. Riesgos y complicaciones del manejo farmacológico de la conducta**

Todos los pacientes a los que se pretende manejar con sedación y/o anestesia general para tratamiento dental, deben ser valorados previamente, tanto por el odontólogo, el anesthesiólogo a cargo del procedimiento, así como por su pediatra y en caso de que exista algún compromiso sistémico estar bajo vigilancia de su médico tratante. La valoración dental realizada directamente por el odontopediatra, incluye la historia clínica médica, el odontograma con un diagnóstico y el plan de tratamiento detallado, previendo posibles cambios de última hora, ya que el tipo de procedimiento influenciará de forma determinante debido a la amplitud, duración y localización del sitio de trabajo.

Las instalaciones del consultorio deberán ser tales que pueda asegurarse una experiencia confortable y sin falta de equipo adecuado ante cualquier complicación intra o postanestésica, que pueda surgir como consecuencia del desequilibrio entre aparatos y sistemas (simpático y parasimpático), ya que éstas pueden ser transitorias o permanentes y leves o graves, el personal debe estar perfectamente entrenado en las técnicas de monitoreo de pacientes sedados e incluso en técnicas de resucitación, porque la principal complicación es la pérdida de los reflejos de protección respiratoria por profundización de la sedación, además debe haber una rápida disponibilidad de servicios de emergencia.<sup>43, 44, 45, 46</sup> (Figura 12 y 13).

Las complicaciones que pueden presentarse con la sedación y/o anestesia general son respiratorias como: hipoxia (déficit de aporte de oxígeno a la célula), apnea (ausencia de respiración espontánea) producida

<sup>43</sup> Vargas R. M.P.. Art. cit. pp 281-287

<sup>44</sup> McDonald D.R. Op cit. pág 302

<sup>45</sup> American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Guideline on the Elective use Minimal, Moderate, and Deep Sedation and General Anesthesia for Pediatric Dental Patients. *Pediatr Dent*. 2004-2005; 26(suppl) pp 95-103

<sup>46</sup> Guidelines for Behavior Management. Op. cit. pág 52

por sobredosis anestésica, disnea (dificultad para respirar espontáneamente) por obstrucción, barotrauma como consecuencia de una presión excesiva sobre la vía aérea y broncoaspiración (paso de líquido, sangre o contenido estomacal al árbol respiratorio), éstas llegan a producir secuelas neurológicas graves e incluso la muerte; en cuanto a las complicaciones circulatorias encontramos: la taquicardia ocasionada por pérdida importante de sangre o presencia de dolor, bradicardia provocada por bloqueo aurículoventricular, arritmia producto de la acción e interacción de las drogas anestésicas, hipotensión por hemorragia o anestesia muy profunda lo que conlleva al shock y paro cardíaco.



Figura 12. Pulsoxímetro permite medir saturación de oxígeno en la sangre y pulso.<sup>47</sup>



Figura 13. Equipo para anestesia general.<sup>48</sup>

<sup>47</sup> Van Waes Hubertus J.M. Op. Cit. Pág 163

<sup>48</sup> <http://www.gentiuno.com/articulos/articulo6067/imagenes/28exig7.jpg>

Las complicaciones nerviosas pueden producirse por una lesión neurológica ocasionada por compresión de la médula si existen movimientos bruscos de la cabeza durante el procedimiento, entre las metabólicas encontramos daño hepático o renal ocasionado por drogas anestésicas o deshidratación, además, pueden presentarse complicaciones digestivas como vómitos.<sup>49</sup> (Figura 14).



Figura 14. Manejo de la cabeza para evitar compresión de médula.<sup>50</sup>

<sup>49</sup> Salazar A. Anestesia general y sedación en Odontología. Acta odontológica Venezolana. 1999;37:2  
pág 8

<sup>50</sup> <http://www.gentiuno.com/articulos/articulo6067/imagenes/28exig7.jpg>



### 3. ASPECTOS LEGALES

El padre o tutor desempeña un papel importante en la toma de decisiones relacionadas al tratamiento de su hijo, por lo que tiene el derecho de tener la información pertinente en un lenguaje accesible y comprensible, en particular respecto a la naturaleza del procedimiento, sus posibles consecuencias, riesgos, así como otras alternativas de tratamiento, que le permitirán tomar una decisión, por lo consiguiente la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) expresa que la información no sólo es un derecho fundamental por la creciente necesidad de consolidar una cultura que fomentará la participación social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, sino también es una exigencia ética y legal para el odontólogo, ya que la justificación de todo procedimiento se sustenta en el consentimiento y autorización del responsable del niño.<sup>1, 2, 3, 4</sup>

Los profesionales no deben hacer suposiciones sobre la comprensión de la información proporcionada a los padres, de tal manera que lo que no se encuentre por escrito y firmado previo al acto odontológico se entenderá que no ha sido explicado y el profesional habrá incurrido en una falta, comprometiendo su responsabilidad con respecto a las consecuencias, tratamientos o resultados distintos, lo que representa una causa de conflicto al no cubrir las expectativas.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Triana Estrada J. Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED. Revista Odontológica Mexicana. 2007.11:2: pp 103-108

<sup>2</sup> Thomas St. C. Informed consent in pediatric dentistry: a comprehensive overview. *Pediatr Dent*. 1995. 17:2: pp 90-93

<sup>3</sup> Guideline on Informed Consent. *Pediatr Dent*. 2008-2009. 30:7: pp 234-235

<sup>4</sup> Sfikas M. Peter. Informed Consent and the Law. *JADA*.1998. 129, October. Pp 1471-1473

<sup>5</sup> Triana Estrada J. Art. cit. pp 107-108



### **3.1. Consentimiento Válidamente Informado**

Es el acto de decisión libre y voluntaria de aceptar el tratamiento por parte del padre o tutor en el caso de menores de edad o pacientes con deficiencia mental, en virtud de la información proporcionada por el profesional en términos comprensibles, ya que el consentimiento informado debe estar bien documentado, respetar la naturaleza, origen y características del procedimiento, explicar en qué consiste y lo que se va hacer, el nombre, descripción y objetivos del procedimiento, los beneficios, posibilidades de éxito, así como riesgos, molestias y efectos secundarios posibles que se deriven de condiciones peculiares de la patología o estado físico del paciente, consecuencias derivadas si no se lleva a cabo el tratamiento, alternativas posibles a lo propuesto, además de la explicación del motivo que lleva al cirujano dentista a elegir esta opción, debe contener la declaración del representante y firma expresando su consentimiento, los datos y firma del odontólogo tratante, así como fecha y hora de elaboración del documento. Además los padres tienen el derecho a ampliar la información si lo desean para aclarar todas sus dudas y la posibilidad de retirar su consentimiento de forma libre cuando lo desee.<sup>6, 7</sup>

El consentimiento informado es imprescindible y debe llevarse a cabo de manera verbal y escrita existiendo una hoja específica según el tipo de tratamiento y características del paciente antes de llevar a cabo el procedimiento, dado que la sedación consciente no se considera parte rutinaria en consultorio, este consentimiento deberá hacerse por separado y

---

<sup>6</sup> Ib.

<sup>7</sup> Ferro. M., Rodríguez G. W.A., et al. Consentimiento informado de interés para el odontólogo. 2009. Acta Odontológica Venezolana. 47:1: pág 2

distinto del permiso de tratamiento del paciente y debe indicar la cantidad de veces que requerirá sedación si es el caso<sup>8, 9</sup>(Figura 18).



Figura 18. Obtención del consentimiento informado.<sup>10</sup>

### **3.2. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)**

Es una Institución especializada creada con el propósito de resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud de carácter público, privado y social, donde gratuitamente se brinda orientación, conciliación y arbitraje para ayudar a encontrar una solución justa, lo que contribuye a mejorar la calidad y eficiencia de servicios médicos en nuestro país (Figura 19).

<sup>8</sup> McDonald David R., Ralph R. Op. cit. Pág 304

<sup>9</sup> Ferro. M. Art. cit. pp 3-4

<sup>10</sup> Facultad de Odontología. UNAM. Clínica Periférica Milpa Alta.



Figura 19. CONAMED<sup>11</sup>

En los últimos años se han incrementado las inconformidades o quejas ante la CONAMED respecto a la atención odontológica pediátrica principalmente por falta de comunicación acerca de la aplicación de técnicas de manejo conductual, además que el profesional no informa, explica y enfatiza en términos accesibles, el alcance y limitaciones del tratamiento en cuestión, la relación riesgo/beneficio de la atención (posibilidad de fracaso del procedimiento otorgado), incurre en inexactitudes e imprecisiones, delega responsabilidades y modifica convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada, de tal manera que se aprecia una disminución en la calidad de los servicios debido a irregularidades con mayor frecuencia por ausencia de expediente clínico y consentimiento válidamente informado, carencia de auxiliares diagnósticos, así como la deficiencia de un pronóstico y plan de tratamiento, lo que expone al paciente a riesgos innecesarios, que afectan su integridad física, clínica y psicológica<sup>12</sup> (Figura 20).

Existe la tendencia a despertar falsas expectativas en los padres, el manejo equivocado de materiales y procedimientos no indicados, así como

<sup>11</sup> [http://www.vazquezvela.com.mx/mg/conamed\\_new.jpg](http://www.vazquezvela.com.mx/mg/conamed_new.jpg)

<sup>12</sup> Alcántara Suárez V., Méndez Meza E. et al. Utilización del consentimiento informado por odontopediatras en la ciudad de México. ADM. 2004;61:1: pp 36-38

tratamientos simulados, pretensiones clínicamente inalcanzables y técnicas clínicas inexpertas. Se ha observado, incumplimiento y desconocimiento, parcial o total, del marco normativo que regula el ejercicio de la profesión, así como la matización de una ética profesional deficiente lo que ha generado pérdida de confianza en la población.

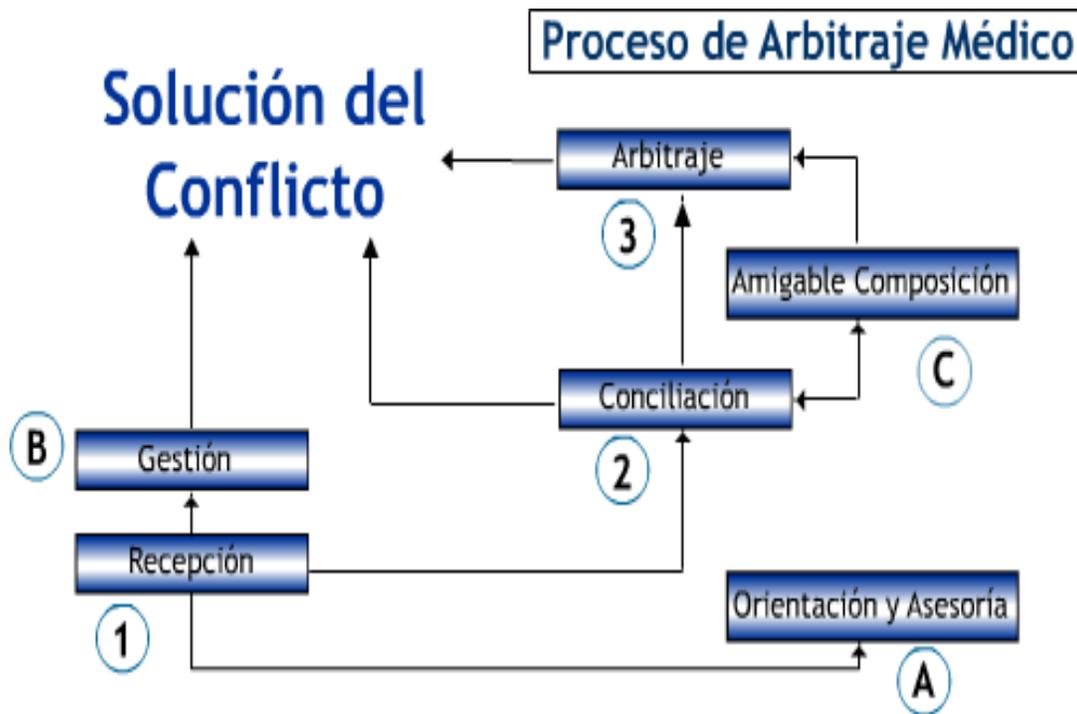


Figura 20. Proceso de arbitraje médico<sup>13</sup>

<sup>13</sup> [http://www.conamed.gob.mx/servicios/images/proceso\\_arbitraje.gif](http://www.conamed.gob.mx/servicios/images/proceso_arbitraje.gif)



De tal manera, que la CONAMED propone para prevenir conflictos y mejorar la práctica odontológica las siguientes recomendaciones:

- Fomentar las estrategias preventivas de manera intensiva, para evitar la aparición prematura de enfermedades estomatológicas.
- Practicar todo acto estomatológico resolutivo y de rehabilitación en un marco legal que asegure el cumplimiento jurídico de su proceder.
- Favorecer y promover la comunicación respetuosa y permanente entre el profesional de la salud bucal, el paciente, sus familiares o representantes legales.
- Integrar un expediente clínico que incluya historia clínica y un consentimiento válidamente informado.
- Determinar un diagnóstico oportuno, así como un pronóstico y plan de tratamiento, acorde a las bases éticas y científicas.

En cuanto al odontólogo tiene el derecho de ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza, a laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional, tener a su disposición los recursos que requiere, abstenerse de garantizar resultados en la atención, recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, debe tener acceso a la educación continua, actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo, asociarse para promover sus intereses profesionales, salvaguardar su prestigio y percibir remuneraciones por los servicios brindados.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> [http://www.conamed.gob.mx/servicios/images/proceso\\_arbitraje.gif](http://www.conamed.gob.mx/servicios/images/proceso_arbitraje.gif)



## CONCLUSIONES

Antes de tomar la decisión de utilizar fármacos para el manejo de la conducta se debe tener un fundamento cuidadosamente planificado y documentado, basándose en un análisis del perfil del paciente, la naturaleza o la duración del tratamiento requerido, la relación riesgo-beneficio en cuanto al estado físico del paciente, la cooperación y grado de aceptación de los padres así como los conocimientos, habilidad, entrenamiento del profesional sobre la técnica.

En la sedación el resultado clínico suele ser mayor aceptación de todo lo que el tratamiento implica -ruidos, sensaciones táctiles de las manipulaciones y procedimientos- Habitualmente hay cierto grado de relajación muscular, la relajación no es un requisito para el tratamiento dental, pero si puede representar una ventaja.

Existen complicaciones derivadas de la aplicación de anestesia general o sedación; estas complicaciones se minimizan cuando se realiza una adecuada evaluación pre-anestésica, cuando se usa correctamente la técnica y cuando se tiene el cuidado de cumplir con todas las normas de monitorización actualmente indicadas. Además hoy día existen técnicas de anestesia general que permiten reducir las dosis de fármacos empleados y con ello se reducen los efectos indeseables lográndose una rápida recuperación del paciente.

En México un estudio realizado en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología y de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la UNAM en el año 2005, se utilizaron varios métodos de



información para explicar las diferentes técnicas de control de la conducta, los resultados mostraron que la mejor percepción fue obtenida por la técnica verbal decir-mostrar-hacer mientras que la peor percepción fue para la anestesia general. Independientemente del grupo de información al que pertenecían, a diferencia de lo que reporta la literatura. Además de esto diversos estudios en todo el mundo indican que las técnicas verbales de manejo de conducta son mejor aceptadas que las farmacológicas, mientras que las técnicas de restricción física son inaceptables para la mayoría de los padres o menos aceptadas incluso que los métodos farmacológicos.

Contrario a lo reportado por la literatura se encontró que los padres mostraron relativamente buena aceptación hacia las técnicas restrictivas de manejo, aun sobre las técnicas farmacológicas.

Para que el procedimiento dental sea llevado a cabo de manera exitosa y segura debe de entenderse que la sedación no es un sustituto de las técnicas de manejo de la conducta sino que es parte de ellas, es una alternativa; la sedación no elimina el dolor por lo que no es un sustituto de la anestesia local; el objetivo no es la inmovilidad o inconsciencia esto solo se consigue con la anestesia general, en otros casos la sedación puede acompañarse del uso de restrictores físicos siempre y cuando estén indicados de manera juiciosa. Por último el trabajo como siempre debe ser a cuatro manos para permitir reducir al máximo el tiempo de la sesión además de estar siempre monitoreando al paciente.



## BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara Suárez V., Méndez Meza E. et al. Utilización del consentimiento informado por odontopediatras en la ciudad de México. ADM. 2004.61:1: pp 35-38
- Allen K.D., Hodges E. D., et al. Comparing four methods to inform parents about child behavior management: how to inform for consent. 1995. *Pediatr Dent* . 17:3: pp 180-186
- Álvarez A.M., Álvarez Martha. Sedación oral: fundamentos clínicos para su aplicación en odontología. *Rev CES Odontológica*. 2006.19;2: pp 61-73
- American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Guideline on the Elective use Minimal, Moderate, and Deep Sedation and General Anesthesia for Pediatric Dental Patients. 2004-2005. *Pediatr Dent*. pp 95-103
- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures. *Pediatr Dent*. 2006; 28 (suppl): pp 115-132
- Arenas M., Barbería E. Marotom, M., Gómez B. Demanda paterna de tratamientos odontopediátricos utilizando anestesia general: una sorprendente realidad. 2006.11;3: pág 353
- Betancur E., Londoño S., et al. Evaluación de la aceptación de la técnica de sedación inhalada con óxido nitroso por parte de padres y niños entre los 4 y 12 años de edad. *Rev. CES Odontología*. 2006.19:1: pág 34
- Boj, J.R., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza. *Odontopediatría*. Masson. Barcelona. 2004. pp.293-305
- Ferro. M., Rodríguez G. W.A., et al. Consentimiento informado de interés para el odontólogo. *Acta Odontológica Venezolana*.2009. 47:1: pp 1-7
- García Islas A., Parés Vidrio E.G., et al. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo e conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. *Rev.Odontológica Mexicana*. 2007. 11:3: pp 135-139



- García Montaña Y., Ríos Fragoso R., et al. Grado de aceptación de los padres hacia técnicas de manejo conductual en odontopediatría. *Rev. Odontológica Mexicana*. 2006. 10:3: pp 126-130
- Guidelines behavior management. *Pediatr Dent*. 1994. 16: pp 50-54
- Guideline on Informed Consent. *Pediatr Dent*. 2008-2009. 30:7: pp 234-235
- <http://cmat.iavante.es/servlet/download?up=1363>
- [http://modamanua.files.wordpress.com/2008/09/776852\\_15656141.jpg](http://modamanua.files.wordpress.com/2008/09/776852_15656141.jpg)
- <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>
- [http://www.centroodontologicopaitilla.com/photos/oxido\\_nitroso.jpg](http://www.centroodontologicopaitilla.com/photos/oxido_nitroso.jpg)
- [http://www.conamed.gob.mx/servicios/images/proceso\\_arbitraje.gif](http://www.conamed.gob.mx/servicios/images/proceso_arbitraje.gif)
- <http://www.dentaldoctors.es/esp/formacion/noticias/imagenes/agdiplgest.jpg>
- <http://www.osagest.com/clinica/img/sedacion.jpg>
- [http://www.vazquezvela.com.mx/mg/conamed\\_new.jpg](http://www.vazquezvela.com.mx/mg/conamed_new.jpg)
- McDonald David R., Ralph R. *Odontología pediátrica y del adolescente*. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1990. pp. 30-324
- Malamed Stanley F. *Sedación. Guía práctica*. 3ª. Edición. Mosby. 1996. España. Pág. 557-558
- Nowak A. *Odontología para el paciente impedido*. Editorial mundi S.A.I.A.F. Buenos Aires. 1979. pp 255-277
- Pizano Damasco M.I., Bermúdez Rubio I.F. Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología. I: evaluación del paciente e indicación de la técnica. *Rev ADM*. 61(5)2004. pp 165-170
- Pizano Damasco M.I., Bermúdez Rubio L.F. Sedación y anestesia general en la práctica de la odontología. II: Abordaje anestésico y evaluación del éxito. 2004. *Rev. ADM*. 61:6: pp 205-208
- Peretz B. Zadik D. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *Pediatr Dent*. 1999.21:3: pp 201-204



- Rivera Zelaya I.C., Fernández Parra, A. Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Rev. Latinoam. Psicol.* 2005. 37:3: pp 460-465
- Salazar A. Anestesia general y sedación en Odontología. 1999. *Acta odontológica Venezolana.* 37:2 pág 8
- Scott S., García-Godoy F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. 1998 March-April. *J Dent Child.* pp 28-131
- Sfikas M. Peter. Informed Consent and the Law. 1998. *JADA.* 129, October. pp 1471-1473
- Thomas St. C. Informed consent in pediatric dentistry: a comprehensive overview. 1995. *Pediatr Dent.* 17:2 pp 90-93
- Triana Estrada J. Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED. 2007. *Revista Odontológica Mexicana.* 11:2: pp 103-108
- Triana Estrada J. La ética: un problema para el odontólogo. 2006. *Acta bioethica.* 12:1:pp 5-80
- Vargas Román M.P., Rodríguez Bermudo S. Tratamiento odontológico bajo anestesia general: ¿un procedimiento útil en el tercer milenio? 2003. *Med Oral.* Vol.8. pp 281-287
- Valdivieso Serna A. Analgesia y sedación oral en el niño sometido a procedimientos diagnósticos y terapéuticos. *Pediatr* 2001; 35(1): pp 13-17
- Van Waes Hubertus J.M. Stökli Paul W. Atlas de Odontología Pediátrica. Masson Barcelona. 2002. Pág 163
- Wilson S. Pharmacological management of the Pediatric dental patient. *Pediatr Dent.* 2004;26:131.
- [www.medicinapreventiva.com.ve/.../intramuscul.htm](http://www.medicinapreventiva.com.ve/.../intramuscul.htm)
- [www.odontobebeperu.org/.../1encuentro\\_08.jpg](http://www.odontobebeperu.org/.../1encuentro_08.jpg)
- [www.revistavisiondental.net/imagenes/seda3.gif](http://www.revistavisiondental.net/imagenes/seda3.gif)