



SOLICITUD DE PERMISO PARA ADMINISTRAR SEDACIÓN



Yo, _____
Nombre completo del solicitante

Dentista autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida por la JUNTA DENTAL EXAMINADORA, solicito se me expida un PERMISO PARA ADMINISTRAR SEDACIÓN en la oficina dental que más adelante se menciona y en la siguiente Categoría

_____ USO DE SEDACION TIPO A

_____ USO DE SEDACION TIPO B

_____ USO DE ANALGESIA CON OXIDO NITROSO

(Véase definiciones)

Domicilio de la oficina dental: _____
calle, número, oficina, edificio, pueblo, etc.

Dirección postal del solicitante: _____

Teléfonos: _____ Email: _____

1. Entrenamiento en anestesia general _____ SI _____ NO

Institución: _____

Fecha: _____ Duración: _____

2. Certificado de "American Board of Oral & Maxillofacial Surgery" _____ SI _____ NO

Fecha: _____

3. Certificado de "American Dental Society for Anesthesiology" _____ SI _____ NO

Fecha: _____

4. Certificado de Curso de Resucitación Cardiopulmonar Avanzado (ACLS)

_____ SI _____ NO FECHA: _____

5. Curso de Sedación Consciente _____ SI _____ NO

Institución: _____

Fecha: _____ Duración: _____ Horas

6. Curso de Analgesia con Óxido Nitroso _____SI _____NO

Institución: _____

Fecha: _____

Duración: _____ Horas

7. EQUIPO DISPONIBLE EN LA OFICINA PARA LA CUAL SOLICITA EL PERMISO

A. Sistema Centralizado de Suplido de Oxígeno _____ Si _____ No

B. Tanques de Oxígeno Individuales _____ Si _____ No

C. Equipo y Drogas de Emergencia _____ Si _____ No

Marca: _____

1. Ventilador Manual _____ Si _____ No

2. Vías Aéreas Orales _____ Si _____ No

3. Vías Aéreas Nasaes _____ Si _____ No

4. Tubos Endotraqueales _____ Si _____ No

5. Mascara de Demanda (Presión Positiva) _____ Si _____ No

D. Cardioscopio _____ Si _____ No

E. Pulsómetro _____ Si _____ No

F. Esfigmomanómetro Electrónico Automático _____ Si _____ No

G. Oxímetro _____ Si _____ No

H. Sistema de Succión _____ Si _____ No

_____ Central

_____ Unidades Individuales

I. Sistema de "Scavenging" para Óxido Nitroso _____ Si _____ No

J. Desfibrilador _____ Si _____ No

CERTIFICO: Que la información suministrada en esta solicitud es correcta y así lo hago constar hoy _____ de _____ de _____ .

AUTORIZO a la JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO y/o aquellos funcionarios que ésta designe, a visitar la oficina dental mencionada en esta solicitud, con el propósito de inspeccionar y evaluar sus instalaciones, equipo, documentos y personal bajo mi supervisión y dirección, en conexión con la presente solicitud.

Firma del Solicitante

Véanse: Hoja de Requisitos, Hoja de Definiciones y las Disposiciones Reglamentarias que se acompañan con esta solicitud .

Solicitud de Permiso para Administrar Sedación

Página 3

REQUISITOS:

- ___ 1) Copia del Certificado de Registro de la Licencia.
- ___ 2) Certificado de colegiación, expedido por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico, indicativo de que el solicitante es miembro activo de dicha entidad.
- ___ 3) Certificación expedida por autoridad competente, indicativa de que el solicitante ha completado y aprobado un curso avanzado en resucitación cardiopulmonar (ACLS).
- ___ 4) Pago por la cantidad de **\$50.00** dólares (No reembolsables), como pago de derechos del permiso. Métodos de pago: ATH, VISA, MasterCard o Giro Postal o Bancario pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico,

INFORMACIÓN GENERAL

El Reglamento de la Junta Dental Examinadora de Puerto Rico establece los **Requisitos Generales y Requisitos Específicos** para la obtención de los diferentes permisos para administrar sedación en la oficina dental.

Las disposiciones reglamentarias a estos efectos y las definiciones de los diferentes permisos se acompañan con la solicitud.

ESPECÍFICAS:

USO DE SEDACION TIPO A: Certificado de entrenamiento en anestesiología o certificado de las entidades "American Board of Oral and Maxillofacial Surgeons" o "American Dental Society for Anesthesiology", o declaración jurada del médico-anestesiólogo que trabaje en conjunto con el dentista solicitante.

USO DE SEDACION TIPO B: Certificación expedida por la entidad correspondiente, acreditativa de que el solicitante ha completado un adiestramiento de acuerdo con las Guías para Enseñanza del Control de Dolor y Apreensión de la Asociación Dental Americana, según dispuesto por el Reglamento de la Junta.

USO DE ANALGESIA CON OXIDO NITROSO: Certificación expedida por la entidad correspondiente, acreditativa de que el solicitante ha completado un adiestramiento de acuerdo con las Guías para Enseñanza del Control de Dolor y Apreensión de la Asociación Dental Americana, según dispuesto por el Reglamento de la Junta.

* Estas Guías requieren la aprobación de un mínimo de sesenta (60) horas de instrucción y el manejo de por lo menos veinte (20) pacientes. El Director del entrenamiento deberá certificar la competencia del solicitante, así como la aprobación de su entrenamiento en cada técnica de sedación, incluyendo instrucción, experiencia clínica y manejo de vía aérea.

Cualquier copia de documento que se incluya con la solicitud **debe ser verificada de su original** en la oficina de la Junta Dental Examinadora de Puerto Rico.

Si contesta afirmativamente las preguntas 1 al 6 de la solicitud, es imprescindible que someta la evidencia correspondiente.

Aquellos solicitantes que cualifiquen y obtengan el **Permiso de Uso de Sedación Tipo A**, quedarán por el mismo autorizados a administrar Sedación Tipo B y Analgesia con Oxido Nitroso y Oxígeno. **No será necesario solicitar permiso separado.**

DEFINICIONES DE LOS DIFERENTES PERMISOS DE SEDACIÓN

SEDACIÓN TIPO A: Bajo esta clasificación se incluyen la administración de **Anestesia General** y la administración de **Sedación Profunda**. En ambos casos existe un estado controlado de nivel de inconciencia, acompañado por una pérdida parcial o completa de los reflejos protectivos, incluyendo la incapacidad para mantener la vía aérea en forma independiente y responder apropiadamente a la estimulación física y a los comandos verbales, producida por métodos farmacológicos o no farmacológicos, o por combinación de ambos.

SEDACIÓN TIPO B: Esta clasificación incluye lo que se conoce como **Sedación Consciente**, en la cual existe un nivel de depresión del estado consciente, en el cual se mantiene la habilidad del paciente para tener una vía aérea patente, independiente y continua, incluyendo la capacidad para responder apropiadamente a estimulación verbal y física, producido por un agente farmacológico o no farmacológico, o por combinación de ambos.

ANALGESIA CON ÓXIDO NITROSO:

Esta categoría incluye el uso del óxido nitroso en combinación con el oxígeno para producir una disminución en la sensación de dolor y sedación consciente

DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS SOBRE PERMISOS DE SEDACIÓN

A continuación, se reproduce el Artículo 2 del Capítulo VII del Reglamento General de la Junta Dental Examinadora, el cual dispone para la obtención, uso y renovación de los permisos para administrar sedación.

Artículo 2 - Permisos Especiales para la Administración de Drogas Intravenosas, Intramusculares con Propósitos de Sedación o Anestesia General o por Inhalación:

Se establecen a continuación los prerrequisitos de preparación y experiencia clínica que serán requeridos para la administración de drogas intravenosas o intramusculares con propósitos de sedación o para la anestesia general o por inhalación, relacionadas con un procedimiento de tratamiento dental en oficinas dentales. Cumplidos los mismos, la Junta otorgará permiso especial a los propósitos señalados en este Artículo.

Ningún Dentista empleará o hará uso de anestesia general a nivel ambulatorio para pacientes dentales, excepto cuando el dentista posea un permiso de autorización emitido por la Junta Dental Examinadora. El Dentista al cual se le otorgue dicho permiso estará sujeto a evaluación y el permiso deberá ser renovado cada tres (3) años a partir de su emisión.

2.1 - **Requisitos Generales**

- 2.1.1 - Ser Dentista debidamente licenciado para ejercer la odontología en Puerto Rico.
- 2.1.2 - Ser miembro del Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico.
- 2.1.3 - Someter ante la Junta la Solicitud de Permiso Especial debidamente cumplimentada y pagar los derechos mediante giro por la cantidad de \$50.00 dólares (No reembolsables), pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico.

2.2 - **Requisitos Específicos**

- 2.2.1- Haber completado un mínimo de un (1) año de entrenamiento en anestesiología y materias académicas relacionadas, o su equivalente, a un nivel superior al nivel subgraduado de escuela dental, en un programa de entrenamiento como el descrita en la Parte II de las Guías para la Enseñanza del Control de Dolor y Aprehensión en la Odontología, o
- 2.2.2- Ser diplomado por la entidad "American Board of Oral and Maxillofacial Surgeons" o "Fellow of the American Dental Society for Anesthesiology" o
- 2.2.3- Emplee o trabaje en conjunto con un médico debidamente entrenado en anestesiología y miembro de la Facultad Médica de un hospital acreditado. Se entenderá en este caso que el anesthesiólogo deberá estar presente en la facilidad dental hasta que el paciente que ha recibido un anestésico general recobre el estado de conciencia, y
- 2.2.4- que el dentista tenga unas facilidades debidamente equipadas para la administración de anestesia general, con un personal auxiliar adecuado y debidamente supervisado, capaz de manejar razonablemente aquellos procedimientos, problemas y emergencias que ocurran. La adecuación de las facilidades y competencia del equipo de trabajo y personal será determinada por un Comité Consultor nombrado por la Junta. En esta evaluación, el Comité Consultor utilizará como referencia el manual "Office Anesthesia Evaluation Manual" de la "American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons", edición 1986.

2.3 - **Calificación de Permisos**

- 2.3.1- **Uso de Sedación Tipo A:** Se expedirá permiso para la administración de sedación consciente Tipo A, si el Dentista cumple con los requisitos establecidos en los Artículos 2.1 y 2.2 de este Capítulo VII.
- 2.3.2- **Uso de Sedación Tipo B;** Se expedirá permiso para la administración de sedación consciente Tipo B, sin importar la vía de administración, si el Dentista demuestra estar entrenado siguiendo las guías curriculares recomendadas por la "American Dental Association", Guidelines for Teaching the Comprehensive Control of Pain and Anxiety in Dentistry", Parte III. (Al presente requiere un mínimo

de sesenta horas didácticas y demostración de competencia con pacientes). Además, el Dentista debe presentar evidencia acreditativa de que tanto él como su personal hayan recibido entrenamiento en Medidas Básicas de Resucitación Cardiopulmonar, mediante certificaciones al efecto expedidas por "American Heart Association".

- 2.3.3- **Uso de Analgesia con Oxido Nitroso:** Se expedirá permiso para el uso de analgesia con óxido nitroso si el Dentista demuestra estar entrenado según se indica en la Parte III del "Guidelines for Teaching the Comprehensive Control of Pain and Anxiety in Dentistry", edición 1985. El Dentista deberá haber completado veinticuatro (24) horas de entrenamiento y tener el equipo que se requiere, según establecido en el presente Reglamento.

Al presente no se requieren modificaciones reglamentarias para la administración de anestesia local y/o regional.

2.4- **Monitoreo**

- 2.4.1- La práctica y administración de anestesia, en sus diferentes modalidades, requiere que todo paciente sea debidamente monitorizado, continuamente.

2.4.2- La Junta Dental Examinadora adopta los estándares respecto al equipo necesario para facilidades de esta naturaleza, según están descritos en el "Office Anesthesia Evaluation Manual" de la "American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons", edición 1986. La Junta utilizará como referencia dicho manual para evaluar el equipo y las facilidades concernidas.

2.5- **Requisitos Adicionales para la Obtención de Permisos**

- 2.5.1- Con anterioridad a la concesión del permiso, la Junta requerirá una inspección de las facilidades dentales, equipo y personal, para determinar si los requisitos son debidamente cumplidos. Esta evaluación se hará por el Comité Consultor nombrado a estos efectos por la Junta Dental Examinadora y utilizando como referencia "The Office Anesthesia Evaluation Manual".

2.5.2 - Todo Dentista que haya estado usando anestesia general o sedación consciente en su oficina previa a la aprobación de este Reglamento, deberá someter una solicitud de permiso en formulario diseñado a esos propósitos por la Junta Dental Examinadora. Serán necesaria la inspección de las facilidades físicas, equipo y personal antes de la concesión del permiso. Se concede el término de seis (6) meses a partir de la aprobación de este Reglamento, para que aquellos Dentistas que hayan estado usando anestesia general o sedación, sometan su solicitud y sean sus facilidades evaluadas. Al finalizar este término, el Dentista recibirá contestación afirmativa o negativa de la Junta, según sea el caso.

- 2.5.3- A partir de los seis (6) meses de la aprobación de este Reglamento, todo Dentista que provea servicios de anestesia general o sedación, según se describe en este Reglamento, deberá poseer la

correspondiente autorización o permiso de la Junta.

- 2.5.4- Para solicitudes nuevas de Dentistas debidamente cualificados, la Junta podrá conceder un permiso provisional de seis (6) meses, basado en las credenciales sometidas, condicionado a la visita e inspección de facilidades, según se señala en el inciso 2.5.1.
- 2.5.5- La Junta expedirá la renovación del permiso otorgado cada tres (3) años, a petición del Dentista mediante el formulario de solicitud correspondiente. La solicitud de renovación deberá acompañar evidencia de educación continua en el área de anestesiología y tópicos relacionados con el control del dolor y la ansiedad en la práctica dental. Se requiere específicamente lo siguiente:
- (a) Sedación Tipo A - Un mínimo de seis (6) créditos cada tres (3) años.
 - (b) Sedación Tipo B - Un mínimo de tres (3) créditos cada tres años.
- 2.5.6- La Junta Dental Examinadora se reserva el derecho de no renovar el permiso correspondiente y de requerir reevaluación de las credenciales y/o re-inspección de las facilidades, según sea el caso. Factores que pueden ser causa de esta acción pueden ser, sin limitarse a éstos, quejas de pacientes y/o informes de incidentes o complicaciones adversas. Estas reevaluaciones se llevarán a cabo según descrito en el inciso 2.5.1.
- 2.5.7- Todo Dentista autorizado por este Reglamento deberá someter un reporte detallado y completo, dentro del período de treinta (30) días, sobre cualquier incidente o caso de mortalidad que ocurra en su oficina o que resulte en daño físico o mental, temporero o permanente, requiriendo la hospitalización del paciente durante o como resultado del procedimiento, bajo la modalidad de anestesia usada.
- No cumplir con esta disposición cuando el hecho está relacionado con la administración de anestesia general, resultará en la revocación del permiso otorgado.