

PROTOSCOLOS CLÍNICOS ACEPTADOS DEL ILUSTRE CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE ESPAÑA

ACUERDO AA08/2000, de la Asamblea General del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, de 9 de junio de 2000, por el que se aprueban los «Protocolos Clínicos Aceptados del Consejo General»

El mejoramiento de la educación sanitaria de la población en materia estomatognática se ha ido acompañando de una mayor exigencia en las prestaciones sanitarias, y, con ello, de un incremento en el número de reclamaciones, en las que los Colegios Profesionales desempeñan frecuentemente funciones de *arbitraje*, unas veces, y de *peritación clínica*, otras.

La evaluación de un trabajo clínico sobre el que se formula una reclamación comporta, generalmente, serias dificultades, porque se suele desconocer el *estado inicial* del paciente, sus *expectativas*, las *condiciones clínicas* en las que realmente se le hubo de efectuar el servicio y la *evolución patocrónica* dependiente de su idiosincrasia personal. De ahí que la catalogación del resultado de una actuación clínica deba ser, para el perito juicioso, cuando menos, problemática, y, en ocasiones, arriesgada.

Ahora bien, desde la perspectiva jurídica, el requerimiento que se exige a los facultativos es la satisfacción de la «obligación de medios», que se puede acreditar a través de la Historia Clínica, y no la «obligación de resultados», salvo cuando, a tenor de planteamientos muy delicados y éticamente censurables, el facultativo hubiera asumido tal compromiso, o cuando el tratamiento hubiera tenido exclusivamente una finalidad estética (eventualidad en la que tampoco cabe predecir resultados con absolutas garantías, debido a la aleatoriedad de las respuestas biológicas).

De lo dicho se colige que la defensa jurídica de los facultativos, ante una reclamación clínica, descansa en dos principios:

(i) no haber incurrido en compromisos de resultados que ahora pudieran obligarle, en lo que la observancia del «consentimiento informado» constituye la mejor prevención y

(ii) acreditar que, en cuanto a la aportación de medios, ha actuado conforme a los preceptos de la «lex artis».

Mientras que el primer requisito es materia de fácil comprobación, a través de la publicidad profesional y de los presupuestos emitidos por los facultativos, el segundo (es decir, si la actuación profesional fue conforme a la «lex artis»), es más difícil, porque: no siempre se registran en la historia todas las incidencias de una actuación facultativa, especialmente cuando se ajustan a protocolo de actuación habitual, ni está perfectamente definido dónde empieza y dónde termina una actuación ajustada a dicha «lex artis»: La experiencia clínica propia, la desigual pericia o facilidad para distintos procedimientos, y la aleatoriedad biológica, traducida en las conocidas singularidades individuales de los pacientes, impiden encorsetar las posibles actuaciones del facultativo clínico, que debe contar con suficiente *libertad de criterio* en sus decisiones y trabajo, dentro del ámbito consentido por el paciente adecuadamente informado.

Por otro lado, los Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General señalan en su artículo 45.4, entre las Competencias y Funciones del Consejo General:

g) Elaborar, desarrollar y actualizar los protocolos y pautas clínicas recomendables como «lex artis» ante las distintas situaciones de salud y patología estomatognática, individual y comunitaria.

Los facultativos sanitarios, entre los que se encuentran los dentistas (odontólogos y estomatólogos) deben atender, con plena responsabilidad, diversas situaciones clínicas

individuales con el doble fin de: (i) *identificarlas* (*diagnóstico*) y (ii) procurar el óptimo nivel *posible* de salud, bien sea *devolviéndolo* (*terapéutica*) o *preservándolo* (*prevención*).

Diagnóstico

Los objetivos diagnósticos pueden satisfacerse a varios niveles:

(i) *Cualitativo* , o identificación de patología,

(ii) *Sindrómico* ,

(iii) *Nosológico* ,

e incluso, una vez alcanzado éste, el desarrollo científico y tecnológico de la profesión permite en ocasiones abundar en

(iv) el *diagnóstico etiológico* (del que no siempre se derivan posibilidades terapéuticas mejores, sino una mejor predecibilidad pronóstica, es decir, un valor informativo), y

(v) el *análisis de riesgo* , mediante pruebas de susceptibilidad, de actividad o de detección de marcadores.

El pronunciamiento diagnóstico también puede emitirse según distintos niveles de *provisionalidad* y grados de *certeza* , que no requieren la misma profundidad según la gravedad de la patología, y así se distingue entre:

(i) *impresión diagnóstica de presunción* , tras una exploración básica;

(ii) *juicio diagnóstico definitivo* , a raíz de exploraciones específicas y pruebas de confirmación, y

(iii) *diagnóstico de certeza* , que a veces tampoco es posible, máxime si se tiene en cuenta que: a) la salud y la patología no son alternativas discretas, sino un *continuum* transicional, en el que la delimitación entre una y otra es cuestión subjetiva y discutible, y b) que *a priori* no cabe asegurar la evolución natural de todas las afecciones.

La obtención secuencial de estos niveles de *profundidad* y *certitud diagnóstica* requiere la puesta en práctica, también secuencial, de una diversidad de maniobras clínicas y de pruebas, no siempre exentas de incomodidad o riesgos y en ocasiones costosas, cuya necesidad, desde el punto de vista de la *efectividad* , es discutible y por ello merece una sopesada valoración por parte del clínico y del propio paciente, debidamente informado al respecto.

Pese a este magma de imprecisión, cabe sistematizar muchas veces las maniobras diagnósticas de una manera ordenada, y distinguir:

(i) los procedimientos básicos, simples e incruentos que permiten, cuando menos, el tamizado o *screening* para descartar patología de gravedad (tanto en el pronóstico *quoad vitam* , como *quoad functionem* o *quoad valetudinem*),

(ii) aquéllas otras posibilidades más avanzadas y específicas, cuya aplicación sólo estaría indicada ante la existencia de:

a) indicios de patología,

b) patología no suficientemente clasificada para adoptar criterios terapéuticos, o

c) actuaciones o informes presididos por una excelencia clínica, no imprescindible para una calidad aceptable de vida del paciente medio.

Estos procedimientos más avanzados pueden resultar justificados, o interesar al facultativo o al propio paciente, sólo en determinados casos, a medida que se profundiza en el estudio de la dolencia, detectada mediante las pruebas básicas.

Así, no tiene sentido una prueba radioisotópica con tecnecio en un paciente en el que no se atisbe la existencia de patología en las glándulas salivales, pero tampoco es aceptable omitir estudios más avanzados en un paciente al que se le descubra mediante inspección o palpación una tumoración parotídea.

Terapéutica

Si bien toda terapéutica debe perseguir, dentro de las posibilidades propias de cada caso, una óptima recuperación funcional y estética, en la mayoría de las circunstancias existe más de un procedimiento alternativo y más de una técnica que satisfagan razonablemente los objetivos funcionales, y, considerando que la financiación de la casi totalidad de los tratamientos estomatognáticos debe ser costeadada por el paciente, parece lógico *intentar* discriminar, en la medida de lo posible, entre:

(i) aquellas etapas o tiempos clínicos de carácter absolutamente inexcusable (cuya omisión entrañaría riesgos predecibles y prevenibles de yatrogenia, o reducción de criterios esenciales de calidad), y

(ii) aquéllos otros propios de la excelencia o el lujo, cuyo coste, generalmente mayor, puede exceder las posibilidades, la voluntad o el interés de un amplio sector de población, y cuya omisión sólo traduce reducción de estética o de parámetros funcionales no esenciales, que, en todo caso, sólo podrían ser objeto de reivindicación por el paciente cuando la contratación de los servicios profesionales, tácita o escrita, contemplara tales compromisos.

Aunque, debido a las peculiaridades propias de cada paciente, toda la actividad clínica tiene un carácter marcadamente individualizado, también aquí es posible entresacar unos patrones o pautas secuenciales comunes o, cuando menos, más habituales, en cada una de sus múltiples variedades, y, sobre todo, identificar y seleccionar aquéllos tiempos o ejecuciones que revisten carácter de «imprescindibles» para la satisfacción de los objetivos funcionales, en el bien entendido que, aún pudiendo ser motivo de debate y controversia entre los expertos y que hay razones documentadas que podrían justificar su alteración, cabe esperar serán más acordes a la realidad de nuestra profesión, sanitariamente hablando, que los que pudieran dictarse por sentencias judiciales, en las que el asesoramiento del juzgador puede estar más fácilmente sesgado y, sobre todo, condicionado por criterios de posibilismo más teórico que real.

Por todo ello, a propuesta del Comité ejecutivo, y oído el Comité Centra de Ética, Deontología y Derecho Odontoestomatológico del Consejo General, en desarrollo de las competencias y funciones del Consejo General recogidas en el artículo 45.4, e) de los *Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General*, la Asamblea del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, en su reunión del día 9 de junio de 2000, ha adoptado por unanimidad el siguiente acuerdo registrado con el número AA08/2000:

Primero: *Se crean los «Protocolos Clínicos Aceptados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España», como compilación documental de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Odontología y Estomatología que se consideran parámetros generales de la «lex artis», advirtiendo expresamente que las singularidades de cada caso clínico pueden justificar la adopción de otros criterios y pautas, compatibles con la concepción de correcta «lex artis ad hoc».*

Segundo: Los títulos de dichos Protocolos, que necesariamente habrán de referirse a diagnóstico, prevención y tratamiento en Odontología/Estomatología, deberán ser aprobados por el Consejo Interautonómico del Consejo General, previa preparación y discusión por expertos en la materia, para cuya designación se faculta al Comité ejecutivo del Consejo General.

Tercero: Cada uno de los Protocolos aprobados será publicados en una sección específica del Boletín Oficial del Consejo General, BOCGOE, denominada «Protocolos Clínicos Aceptados», que a tales efectos se crea, y deberá ser precedido por un preámbulo en el que expresamente se refleje que: (i) persigue un fin informativo, y (ii) tiene carácter de recomendación, por lo que su aplicación es voluntaria, al mejor juicio del facultativo.

Cuarto: Los Protocolos aprobados serán revisados y sometidos a actualización, al menos, cada dos años.

Madrid, a 10 de junio de 2000.

Doy
El Secretario General: Eduardo Coscolín Fuertes

fe.