



**CONSEJO  
DENTISTAS**

ORGANIZACIÓN COLEGIAL  
DE DENTISTAS DE ESPAÑA

**DOSSIER DEL  
CONSEJO GENERAL  
DE DENTISTAS**

**PROPUESTAS  
PARA LOS  
DENTISTAS 23-J**

---



JULIO 2023

---

**CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS**

[WWW.CONSEJODENTISTAS.ES](http://WWW.CONSEJODENTISTAS.ES)

## ÍNDICE

---

1. **Publicidad Sanitaria:** necesidad de regulación de la publicidad de centros, servicios y prestaciones sanitarias.
  
2. **Ley de Sociedades Profesionales:** necesidad de una aplicación real de esta norma, que contempla medidas para asegurar que el control empresarial de aquellas sociedades que se dedican a la prestación de servicios profesionales quede en manos de profesionales colegiados, así como estar sometidas al control deontológico de los colegios profesionales.
  
3. **Creación de las Especialidades Odontológicas.**
  
4. **Reciprocidad respecto a la incompatibilidad** de que el prescriptor pueda tener intereses en la fabricación (que el protésico tampoco pueda hacerlo).
  
5. **Atribuciones Profesionales:** Ámbitos competenciales (atribuciones) compartidos con otras profesiones sanitarias:
  - 5.1 Estética dental/Odontología estética: materiales de relleno.
  - 5.2 Sedación consciente, normativa y regulación dispar a lo largo de todo el territorio nacional.
  
6. **Cartera de servicios SNS:** ampliación y concreción de la cartera de servicios de atención a la salud bucodental.

## Introducción

*Con motivo de las Elecciones Generales que se celebrarán el próximo día 23 de julio, se presenta este dossier, con la finalidad de trasladarle los principales problemas a los que se enfrenta la profesión de Dentista en la actualidad, y que redundarán en beneficio de los pacientes.*

*Por supuesto, se trata de un documento resumido, que intenta establecer un punto de partida sobre los asuntos a los que se enfrenta nuestro colectivo. Sin embargo, al tratarse de un resumen, no recoge muchas de las cuestiones importantes que avalan el posicionamiento y las peticiones de este Consejo General, por lo que nos ponemos a disposición de los diferentes partidos políticos para ampliar cualquier aspecto e información que consideren oportuno.*

*Sin otro particular, atentamente,*

**Óscar Castro Reino**

*Presidente Consejo General Dentistas*

## 1. PUBLICIDAD SANITARIA

En el marco sanitario, la publicidad que tiene como finalidad la promoción de productos, servicios de profesionales sanitarios o centros/establecimientos sanitarios, reviste una especial trascendencia por cuanto se sitúa entre los intereses de competencia económica legítimos en una sociedad de libre mercado. En este sentido, las empresas y profesionales dedicados a la prestación de servicios y actividades sanitarias actúan y comparten el mercado con operadores que venden productos o prestan servicios de muy distinta índole, utilizando la publicidad comercial como la mejor herramienta de captación de clientes.

Sin embargo, la publicidad en el ámbito sanitario, precisa de una especial atención del legislador y de un papel garante de la Administración pública, a fin de controlar la propaganda comercial y los mensajes publicitarios, no sólo por estar en juego los intereses económicos de los consumidores, sino también y principalmente, su “derecho a la Salud”, bien jurídico anhelado por todos y que goza, además, de una especial protección en los términos previstos en el art. 43 de la Constitución Española.

Los recientes escándalos sanitarios producidos en el sector dental protagonizado por el cierre de la cadena de clínicas dentales “low cost” iDental, cuya rápida expansión se fraguó gracias a unas agresivas campañas de publicidad que, bajo el lema de ser clínicas solidarias, ofrecían supuestas subvenciones para hacer llegar sus tratamientos a los sectores más vulnerables de la sociedad española, ha puesto de manifiesto la necesidad de garantizar que todas las comunicaciones comerciales, relacionadas con los servicios, prestaciones y/o actividades sanitarias, sean exactas y verídicas en cuanto a su contenido y adecuadas en cuanto a la forma, para garantizar la seguridad del paciente, independientemente del canal empleado (internet, páginas web, radio, televisión, etc.).

O sucesos como los del Vitaldent, Funnydent o Dentix, nos llevan a pensar que no debiera permitirse en una sociedad avanzada anuncios de fórmulas, métodos o procedimientos cuasi milagrosas de prevención, predicción o curación de enfermedades, publicidades de tratamientos estéticos que generan en el consumidor expectativas de resultado, siendo las mismas prácticamente imposibles de garantizar al tratarse de procesos o intervenciones de índole asistencial que conllevan igualmente riesgos para la salud del usuario/paciente e impredecibles, en cualquier caso. Ni tampoco potenciar anuncios de prestaciones o actividades sanitarias que apelan directamente a sentimientos humanos, con mensajes sugestivos y atractivos cuyo único fin es conseguir atrapar al usuario e inducirle, directa o indirectamente, a un consumo indiscriminado.

El sector sanitario debe potenciar el valor informativo de la publicidad sanitaria, en detrimento del sugestivo y persuasivo característico de otros ámbitos en los que priman los principios economicistas. Resulta necesario garantizar que todas las comunicaciones comerciales que tengan relación con prestaciones y/o actividades sanitarias sean exactas y verídicas en cuanto al contenido y adecuadas en cuanto a la forma, todo ello con el fin de fomentar la seguridad del paciente, de modo que el usuario no quede en una situación de completo desamparo.

En el ámbito sanitario los avances en materia de investigación son una de las notas relevantes, lo que deriva en el continuo nacimiento de nuevos tratamientos, métodos o técnicas. Sin embargo, la publicidad sobre estas novedades nunca debe orientarse a convencer a los pacientes o usuarios de su contratación, sino a informar a los profesionales sanitarios sobre su existencia y ventajas, siendo estos últimos quienes deben informar a los pacientes sobre las distintas opciones clínicas disponibles.

Por otra parte, no puede obviarse que ciertos profesionales sanitarios en ningún caso puedan publicitar sus prestaciones directamente a los pacientes o usuarios, ya que los destinatarios de sus servicios son otros profesionales sanitarios. Se trata de supuestos en que los particulares no pueden demandar

directamente estas prestaciones, ya que las mismas precisan de la intervención de un facultativo que determine su necesidad.

En la actualidad existe en nuestro Ordenamiento Jurídico una enorme disgregación normativa en materia de publicidad en el ámbito sanitario, que induce a error y genera inseguridad jurídica, además de un sistema de control muy laxo o cuasi inexistente, el cual no otorga a los pacientes o usuarios la protección esperada, y en el que quedan diluidas y poco delimitadas las competencias de cada una de las Administraciones intervinientes en el control de estas actividades. Por ello, se hace necesario crear una Ley de alcance estatal, que permita establecer un control de la publicidad, un catálogo de actividades prohibidas, un procedimiento sancionador correctamente reglado y que contenga sanciones disuasorias, así como la determinación clara de las autoridades competentes para que realicen un correcto seguimiento del debido cumplimiento de la norma por parte de los operadores intervinientes.

## 2. LEY DE SOCIEDADES PROFESIONALES:

Los recientes escándalos sanitarios protagonizado por cadenas de clínicas dentales, han puesto de manifiesto la necesidad de impulsar una correcta aplicación de la Ley 2/2007, de Sociedades Profesionales, a fin de extender el control deontológico de los Colegios a todas aquellas empresas que tengan por objeto social la prestación de servicios profesionales, entendiendo por estos aquellos para cuyo ejercicio se requiere estar en posesión de titulación universitaria oficial e inscripción en el Colegio Profesional correspondiente, así como ligar la actividad odontológica a los dentistas y no a meros empresarios o a capitales de inversión.

La finalidad de la Ley de Sociedades Profesionales es dar respuesta a la evolución de las actividades profesionales, esto es, profesionales liberales como arquitectos, abogados, ingenieros o profesionales sanitarios que antaño trabajaban de forma individual e independiente, en la actualidad esta forma de actuación aislada de los profesionales se ha visto sustituida por un ejercicio colectivo por medio de sociedades, lo que hacía necesario “posibilitar la aparición de una nueva clase de profesional colegiado, que es la propia sociedad profesional”.

El problema que se suscitó tras la entrada en vigor de la Ley de Sociedades Profesionales fue que, en sus primeras resoluciones, la DGRN (Dirección General del registro y el Notariado) dio continuidad a su doctrina sobre las “sociedades de intermediación”, permitiendo el acceso al Registro como tales a lo que en verdad eran auténticas sociedades profesionales, dejando sin efecto el carácter imperativo de la norma.

Esta situación se mantuvo hasta el año 2012, cuando la Sala 1º del Tribunal Supremo, en su Sentencia de 18 de julio, reconoció los siguientes principios de la Ley de Sociedades Profesionales:

1) Su carácter imperativo, en virtud del cual el desempeño de una actividad profesional sujeta a colegiación obligatoria sólo puede hacerse bajo la forma de una sociedad profesional.

2) Su carácter de norma de garantías, en virtud de la cual, para que una sociedad no sea profesional, la redacción de su objeto social no debe incluir actividades profesionales sujetas a colegiación obligatoria.

3) El principio de flexibilidad organizativa, que permite a las sociedades profesionales acogerse a cualquiera de los tipos sociales existentes en nuestro ordenamiento jurídico.

4) El principio de inscripción constitutiva en el Registro Mercantil en todos los casos, incluso cuando se trate de sociedades civiles.

5) El sometimiento de la sociedad profesional y de los profesionales que actúan en su seno, al régimen deontológico y disciplinario del Colegio profesional correspondiente.

Siguiendo lo señalado por nuestro más alto Tribunal, desde el año 2016, algunos registradores mercantiles han comenzado a aplicar el apartado 3 de la disposición transitoria 1ª de la Ley de Sociedades Profesionales, que prevé la disolución de pleno derecho de aquellas sociedades que, estando obligadas a ello, no se hubieran constituido en plazo como sociedades profesionales. Plazo que venció el 16 de diciembre de 2008.

Curiosamente, desde el año 2016, la DGRN ha confirmado esta interpretación en varias ocasiones, generando con ello una enorme inseguridad jurídica al avalar la disolución de algunas sociedades de intermediación dedicadas a la prestación de servicios sujetos a colegiación obligatoria, a las que previamente se había dado acceso al registro mercantil.

Desde el Consejo General de Dentistas solicitamos y nos ofrecemos a trabajar con el Gobierno resultante de las próximas elecciones, en la búsqueda de soluciones que permitan una aplicación efectiva de la Ley de Sociedades Profesionales, a fin de asegurar que cualquier empresa dedicada a la prestación de servicios profesionales quede sujeta a los principios éticos y deontológicos de la profesión y así evitar que escándalos como los que estamos viviendo últimamente vuelvan a repetirse en el futuro, pero para ello, necesitamos la colaboración de las instituciones y el debido cumplimiento de las leyes.



### **3. CREACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

España es el único país de la UE, donde no existen especialidades odontológicas reconocidas oficialmente. La formación postgraduada y, específicamente, las Especialidades Odontológicas, están perfectamente regladas en los países de la UE, estando reconocidas de forma generalizada las especialidades en Cirugía Bucal y Ortodoncia en el resto de Estados Miembros, lo que puede suponer un agravio comparativo para los titulados españoles con los profesionales del resto de la Unión Europea, en cuanto que si quieren obtener un título de especialista tienen que desplazarse al resto de países que ofrecen esta opción, ya que en España no es posible.

Los continuos avances de la Odontología, tanto en su vertiente teórica como práctica, son paralelos al de las otras profesiones sanitarias, precisando de una permanente actualización. La necesidad de completar la formación adquirida durante los estudios de grado ha venido exigiendo a los profesionales (sobre todo a los más jóvenes) a acudir a la amplia oferta formativa de postgrado tanto dentro como fuera del ámbito Universitario. Y ha sido precisamente en este último donde han proliferado de forma exponencial la creación de títulos propios que, por su naturaleza, son títulos no oficiales.

Los cursos de postgrado que actualmente realizan los dentistas españoles para incrementar sus conocimientos sobre distintas áreas de la Odontología son costosos y no están reconocidos en el resto de los países europeos, lo que deja a los profesionales españoles en situación manifiesta de desigualdad. En cualquier caso, en nuestro país existe una demanda poblacional y necesidad real de crear estas Especialidades oficiales odontológicas, ya que además de ofrecer una óptima asistencia clínica a los pacientes, posibilitarán equipararnos a los países vecinos de la Unión Europea.

La consecuencia inmediata es que los odontólogos españoles ven limitado su derecho de libre circulación y establecimiento, consagrado en los Tratados de la Unión, ya que la única opción que tienen es aceptar ser contratados como Odontólogos generalistas (único título que goza de reconocimiento automático), si bien en la práctica desempeñan de facto funciones de especialistas, sin que ello se traduzca en una justa contraprestación económica ni en el adecuado reconocimiento profesional.

La formación del dentista especialista, en las especialidades que se pudieran crear en el futuro, deben ser realizadas conforme a los criterios establecidos en el artículo 35 de la Directiva 2013/55/CE del Parlamento y del Consejo de la Unión Europea y en los términos previstos en el artículo 20 de la Ley 44/2003.

Por los razonamientos expuestos, el Consejo General de Dentistas ha venido entendiendo desde hace años que no es aceptable prolongar por más tiempo la creación de las Especialidades Odontológicas, y en consecuencia promovió un acuerdo conjunto con la Conferencia de Decanos de Facultades de Odontología y la Sociedades Científicas adscritas a dicho Consejo General, que se materializó el 16 de julio de 2015, reconociendo esta realidad. Sin embargo, a pesar de las gestiones realizadas frente a la Administración desde entonces, los resultados han sido infructuosos, perpetuándose una situación de claro desfase respecto a los estados de nuestro entorno que coloca a la profesión en clara desventaja.

Muchos y muy yermos, han sido los intentos por parte de este colectivo para conseguir un modelo satisfactorio que incluya a profesiones como la nuestra en la creación de especialidades. Por lo que les rogamos que aúnen fuerzas buscando una solución para que profesionales sanitarios como los dentistas puedan evolucionar y equipararse a sus colegas europeos.

Por ello, consideramos que con la aprobación del **Real Decreto por el que se Regula la Formación Transversal en las Especialidades en Ciencias de la Salud, las Áreas de Capacitación Específica y el Procedimiento de Creación de Títulos de Especialista en Ciencias de la Salud** se debe aprovechar para dar cabida a la creación de las Especialidades Odontológicas, equiparándonos a nuestros homólogos europeos.

#### **4. INCOMPATIBILIDAD: reciprocidad respecto a la incompatibilidad de que el prescriptor pueda tener intereses en la fabricación elaboración, distribución, intermediación y comercialización productos sanitarios.**

El artículo 4.1 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, regula el llamado principio de garantía de independencia de los profesionales sanitarios, en virtud del cual, aquellos profesionales sanitarios con facultad para prescribir o indicar la dispensación de medicamentos y productos sanitarios (entre los que se encuentran los dentistas), será incompatible con cualquier clase de interés económico directo derivado de la fabricación, elaboración, distribución, intermediación y comercialización de medicamentos y productos sanitarios.

##### **Artículo 4. Garantías de independencia.**

*1. Sin perjuicio de las incompatibilidades establecidas para el ejercicio de actividades públicas, el ejercicio clínico de la medicina, de la odontología, de la veterinaria, así como de otras profesiones sanitarias con facultad para prescribir o indicar la dispensación de los medicamentos, será incompatible con cualquier clase de intereses económicos directos derivados de la fabricación, elaboración, distribución, intermediación y comercialización de los medicamentos y productos sanitarios. Se exceptúa de lo anterior lo establecido en la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, respecto a la participación del personal de los centros de investigación dependientes de las Administraciones Públicas en las entidades creadas o participadas por aquellos, con el objeto previsto en la misma.*

Lo que se pretende por medio del presente artículo es garantizar una correcta atención sanitaria, impidiendo que un facultativo pueda tener algún tipo de interés económico directo en recetar o prescribir alguna clase de medicamento, aun cuando el paciente no lo necesite.

Esta idea se ve reforzada por el contenido del apartado 3 de ese mismo artículo 4, en virtud del cual se impide expresamente a los profesionales con facultad para prescribir o indicar la dispensación de los medicamentos, ostentar la titularidad de oficinas de farmacia.

#### **Artículo 4. Garantías de independencia.**

*3. El ejercicio clínico de la medicina, odontología, veterinaria y otras profesiones sanitarias con facultad para prescribir o indicar la dispensación de los medicamentos serán incompatibles con el desempeño de actividad profesional o con la titularidad de oficina de farmacia.*

De la aplicación del contenido de estos dos preceptos resulta una asimetría injustificable ya que, mientras que el profesional sanitario que prescribe medicamentos o productos sanitarios no puede ser titular de las instalaciones donde se realicen actividades de fabricación, elaboración, distribución o comercialización, nada impide a cualquiera de los responsables o titulares de los establecimientos sanitarios donde se dispensan estos medicamentos y productos sanitarios o de los laboratorios donde se fabrican y elaboran (sean o no profesionales sanitarios), ostentar la titularidad de Centros sanitarios, pudiendo con ello beneficiarse o lucrarse de las prescripciones que se emitan por dicho centro, incrementando el número de aquellas destinadas a la adquisición de productos sanitarios o medicamentos sobre los que tengan un cierto interés empresarial o comercial.

En conclusión, resulta que, mientras que la garantía de independencia surte efecto respecto de los dentistas, impidiéndoles ser titulares de laboratorios de prótesis dentales, nada impide a los protésicos dentales (o a cualquier tercero ajeno a la profesión de dentista) ser titulares simultáneamente de uno o varios laboratorios protésicos y clínicas dentales, conculcando con ello la finalidad perseguida por el principio de garantía.

En otro orden de cosas, cabe aclarar que los dentistas no revenden las prótesis dentales a los pacientes, pese a las acusaciones intencionadas de algunos colectivos. El **“Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios”** en su **“Disposición adicional duodécima”** establece que la colocación de las prótesis en la boca de los pacientes por parte de los dentistas no es un acto de reventa, comercialización, ni distribución, sino de puesta en servicio, formando parte de las atribuciones propias del dentista, contempladas dentro de su reserva de actividad. En este sentido se ha venido pronunciando nuestro más alto Tribunal (STS, Sala Segunda, de 25/09/1987 y STS, Sala Cuarta, de 27/11/2012).

Adicionalmente hay que señalar que las prótesis dentales son productos sanitarios a medida, de modo que no se pueden vender ni dispensar, pues precisan de la colocación o puesta en servicio por un facultativo, en este caso el dentista. Los laboratorios de prótesis no son ni centros ni establecimientos sanitarios, por tanto, no es posible que el paciente pueda acudir a los mismos para adquirir o comprar los productos que se fabrican en ellos. Tampoco cabe la posibilidad de que los dentistas cobren sobrecostes a los productos sanitarios a medida fabricados por los protésicos bajo las indicaciones del dentista que los prescribe, dado que están obligados a desglosar en la factura el precio de la prótesis como establece la mencionada disposición.

## **5. ATRIBUCIONES PROFESIONALES: Ámbitos competenciales (atribuciones) compartidos con otras profesiones sanitarias:**

### **5.1 Estética Dental/Odontología Dental/Microfillers, materiales de relleno y ácido hialurónico:**

Desde este Consejo General se ha defendido el uso del ácido hialurónico por parte de los dentistas, tan es así que en diciembre de 2013 la Asamblea General, compuesta por todos los Colegios de Dentistas de España, aprobó una declaración "Sobre la infiltración de Microfillers en los labios y mejillas por Odontólogos", en este sentido:

En relación con el uso del ácido hialurónico, nos remitimos al artículo primero, párrafo 2, de la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental, que literalmente dice: "Los Odontólogos tienen capacidad profesional para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y de tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de los tejidos anejos". Considerando que:

a) La infiltración de microfillers tiene carácter de tratamiento (con finalidad estética, y, en su caso, de aliviar el trasfondo psicológico que pudiera acarrearle al paciente la anomalía, deficiencia o insatisfacción estética), y

b) Los labios y las mejillas son parte anatómica de la boca, de la que constituyen respectivamente sus paredes anteriores y laterales. Parece indiscutible que la infiltración en los labios y las mejillas de cualquier medicamento o producto sanitario autorizado legalmente por las autoridades sanitarias es atribución y competencia de los dentistas, pero no las infiltraciones en otras zonas del cuerpo que quedan fuera de la parte anatómica de la boca.

## 5.2 Sedación Consciente

En la actualidad, cada Comunidad Autónoma establece los requisitos que han de cumplir los dentistas para realizar técnicas de sedación. Normalmente se exige haber adquirido formación en anestesiología y en materia de reanimación cardiopulmonar (RCP), así como que las clínicas cumplan con los requisitos de seguridad, debiendo estar sus instalaciones acondicionadas y debidamente autorizadas. Sin embargo, otras Comunidades no permiten a los dentistas el uso de la sedación consciente en sus clínicas si no es a través de un médico anestesista. Esta situación provoca graves desigualdades y confusión en nuestro territorio nacional, por lo que sería pertinente que existiera un único criterio.

En este sentido, este Consejo General entiende que:

En Odontología se emplea el término Sedación Consciente para definir el nivel de sedación requerido para poder realizar un tratamiento dental en la clínica odontológica y administrado por un dentista, con suficientes garantías de seguridad y efectividad:

SEDACIÓN CONSCIENTE se define como la técnica que describe el uso de uno o varios medicamentos para producir un estado de depresión del sistema nervioso central, que permita llevar a cabo el tratamiento planeado. Durante todo el transcurso del mismo, el paciente debe ser capaz de mantener contacto verbal, y los medicamentos que se usen deben tener un margen de seguridad suficiente gracias al cual la pérdida de consciencia sea improbable.

Esta definición también es la empleada por el Consejo Europeo de Dentistas (Council of European Dentists - CED), el Consejo General de Dentistas Británicos (General Dental Council - GDC), el Ministerio de Sanidad Británico (Department of Health) o la Sociedad por el Avance de la Anestesiología en Odontología (Society for the Advancement of Anaesthesia in Dentistry - SAAD), Sociedad científica/profesional más importante de Europa.



En función de lo expuesto, es un error asociar el nivel de sedación moderada a la sedación consciente, ya que en este último caso el paciente SIEMPRE mantiene el contacto verbal, sin recurrir a estímulos físicos. En Odontología siempre se buscarán niveles de sedación en los que el paciente mantiene la consciencia y la capacidad de comunicar verbalmente su estado. Aquellos niveles de sedación que depriman la consciencia del paciente deben ser los que requieran normativa específica distinta a esta, debido a que los potenciales problemas vienen derivados de esta pérdida de consciencia.

Para establecer el ámbito de aplicación de estos requisitos, se tendrán en cuenta las clasificaciones establecidas por la Asociación Americana de Anestesiología (American Society of Anesthesiologists - ASA):

○ **ASA I:** paciente sano, sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psíquica distinta del proceso subsidiario de tratamiento.

○ **ASA II:** paciente con enfermedad sistémica leve o moderada que no produce incapacidad o limitación funcional y que no ha tenido descompensación en los últimos 6 meses (diabetes ligera, HTA leve-moderada...).

○ **ASA III:** paciente con enfermedad sistémica severa, de cualquier causa, que produce una limitación funcional definitiva en determinado grado (diabetes severa con repercusión vascular, insuficiencia respiratoria en grado moderado o severo...).

○ **ASA IV:** paciente con enfermedad sistémica que puede poner en peligro su vida y que no es corregible médicamente (enfermedad cardiaca con signos de insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal avanzada, insuficiencia hepática o respiratoria severa...).

El Consejo General estableció unos requisitos mínimos para que la utilización de técnicas de sedación consciente, en clínicas dentales, fuesen seguras, en este sentido se exige como mínimo:

## 1. Niveles de sedación en Odontología

Los procedimientos clínicos odontológicos en las clínicas o consultorios dentales

ordinarios se pueden beneficiar de las técnicas “sedación consciente” en los niveles de:

- Sedación mínima o “ansiolisis”, mediante:
  - el uso de fármacos administrados por vía oral o
  - sedación inhalatoria con óxido nitroso
  
- Sedación Moderada, mediante la administración de fármacos por vía endovenosa.

## 2. Requisitos del personal

Las técnicas de sedación consciente en Odontología deberían ser realizadas por médicos especialistas en anestesiología, reanimación y terapia del dolor (en adelante anestesistas), o por médicos estomatólogos y por odontólogos debidamente formados.

Como formación adecuada se entiende:

Para las técnicas de sedación inhalatoria, en los odontólogos y estomatólogos, un curso con duración mínima de 14 horas, que incluya el manejo de las posibles urgencias, conforme al programa preconizado por la ADA (anexo 1).

La sedación intravenosa deberá ser realizada por anestesistas.

## 3. Requisitos de instalaciones

La sala de tratamiento debe:

- Ser suficientemente amplia para permitir el acceso a todo el equipo.
- Disponer de un sillón que permita colocar al paciente en una posición de Trendelenburg. Disponer de un maletín de urgencias para realizar RCP (resucitación cardiopulmonar) básica si fuera necesario.

Si se realiza sedación en Pacientes ASA III: Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angopectoris, infarto al miocardio antiguo, etc., se dispondrá de un desfibrilador semiautomático y de la formación adecuada para su uso.

Para la sedación inhalatoria con óxido nitroso:

- Se utilizarán dispensadores específicos para uso odontológico.
- La instalación debe disponer de un sistema de alerta de baja presión de gases y de conexiones codificadas por colores y no intercambiables.
- Será necesario el uso de mascarillas con sistema de evacuación de gases espirados.

Para sedación intravenosa, se debe disponer de:

- Todo el equipo necesario para la administración parenteral, incluyendo bombas de infusión si fueran necesarias.
- Los fármacos necesarios y sus antagonistas. Un aporte suplementario de oxígeno durante la sedación. Algún mecanismo que permita ventilar al paciente (Tipo Ambú®)

#### **4. Monitorización**

Se debe medir la presión sanguínea y determinar la frecuencia cardíaca previa y posteriormente al procedimiento de sedación.

En la sedación inhalatoria con óxido nitroso, se realizará inspección clínica y valoración por el profesional, sin que sea imprescindible otra monitorización.

En la sedación intravenosa se dispondrá del material requerido por el anestésico (normalmente limitado a un pulsoximetro). En caso de tratar pacientes ASA III se dispondrá de un ECG y presión sanguínea no invasiva.

## **5. Selección de pacientes**

Se podrán realizar sedaciones en pacientes ASA I y II.

Sólo se atenderán pacientes ASA III si están estables y siempre bajo la supervisión de un anestesista.

## **6. Condiciones para el alta**

El paciente debe estar consciente y orientado, con criterios hemodinámicos y respiratorios estables y sin necesidad de ayuda para la deambulación.

Los pacientes que se han sometido a sedación intravenosa deben ser acompañados por un adulto responsable.

En el caso de sedación con Óxido nitroso en adultos pueden no necesitar ser acompañados según el criterio del profesional.

## **7. Requisitos de funcionamiento**

En el preceptivo consentimiento informado se explicarán de forma clara las ventajas, inconvenientes, riesgos y otras formas de actuación frente a la ansiedad en el paciente. Se deben facilitar instrucciones previas y posteriores al procedimiento de sedación.

En la historia clínica se deberá recoger información sobre cualquier historia previa de sedación, la existencia de consentimiento y cualquier anotación relevante para el paciente.

En todo caso se debe disponer de instrucciones para el paciente y la presencia de un acompañante si es necesario.

## **6. CARTERA DE SERVICIOS SNS: ampliación y concreción de la cartera de servicios de atención a la salud bucodental**

En este sentido, y a pesar de contar con un sistema sanitario de prestigio, la atención bucodental sigue siendo uno de los grandes retos de España. Una mala salud oral influye directamente en la calidad de vida y establece unas diferencias sociales en la población que no deberían darse en un país como el nuestro. Esta desigualdad tiene su origen en los determinantes socioeconómicos de la salud, pero se agravan más porque en España el coste de la atención bucodental recae muy directamente sobre la economía familiar en forma de gasto directo.

Por ello, se puede decir que la cobertura de la salud bucodental es una gran olvidada de Sistema Nacional de Salud. El RD 1030/2006 que estableció la cartera de servicios comunes del SNS, desarrolla la cobertura en "Atención a la Salud Bucodental" con un contenido fundamentalmente centrado en la población infantil abriendo la puerta a los Programas de Atención Dental Infantil (PADI) implementados desde principios de los años 90 en algunas Comunidades Autónomas. Estos programas permitieron, por ejemplo, en el caso del PADI del País Vasco, bajar en diez años a la mitad la carga de enfermedad dental de los niños, siendo su evolución actual tan favorable que se considera factible "fijar como meta para la presente década la erradicación de la caries como enfermedad de la infancia".

No es factible en la actualidad ofrecer para el conjunto del Estado, la cobertura pública de servicios dentales que tienen los países de nuestro entorno (Francia, Reino Unido, Alemania, Países Nórdicos), pero si nos parece urgente iniciar y desarrollar una política activa que priorice las medidas de prevención y promoción de la salud bucodental de la población que:

- (1) reduzca la carga de enfermedad dental en las generaciones futuras con un Programa de Atención Dental Infantil (PADI)
- (2) ofrezca un nivel adecuado de atención dental a los grupos con necesidades especiales médicas y/o socioeconómicas, con especial atención a los pacientes con discapacidad intelectual y mental y personas mayores con bajos recursos

- (3) contribuya a disminuir las desigualdades sociales en salud oral
- (4) vele por la seguridad y calidad de los servicios dentales

***Consejo General de Dentistas de España.***

# CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS

---



Calle Alcalá 79, 2º  
28009 Madrid



914 264 410



info@consejodentistas.es  
www.consejodentistas.es



**CONSEJO  
DENTISTAS**

ORGANIZACIÓN COLEGIAL  
DE DENTISTAS DE ESPAÑA