



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Toxicología
y Legislación Sanitaria

Bernardo Perea Pérez, Director de la Escuela de Medicina Legal y Forense de la Universidad Complutense de Madrid, Director del Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Odontológico (OESPO), y Académico Correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina.

Ante la consulta planteada a esta Escuela de Medicina Legal y Forense por el Sr. Oscar Castro Reino, como Presidente del Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España, en relación a la “necesidad o no de contar con un consentimiento informado a los pacientes sobre el riesgo de contagio del coronavirus (SARS-CoV-2) en la consulta dental durante la realización de tratamientos”, y tras mantener una reunión telemática con los miembros de la Junta Directiva de esta Escuela, expone las conclusiones colegiadas a las que se ha llegado.

Para entender el razonamiento por el que se ha llegado a las conclusiones hay que partir de las siguientes premisas clínico-asistenciales y legales:

Premisas clínico-asistenciales:

1. Es evidente que la infección por el virus SARS-CoV-2 (en adelante COVID19) pone a la asistencia sanitaria en general en una situación no vista en el último siglo por la contagiosidad del virus y por su potencial letalidad (especialmente marcada en ciertos grupos determinados por la edad, las patologías previas, o factores genéticos-inmunológicos todavía no bien conocidos).
2. También es evidente que este virus, perteneciente a la familia de los coronavirus, constituye un riesgo para los pacientes cuantitativamente diferente, pero no cualitativamente diferente. Es decir, convivimos habitualmente con virus de esta y otras familias con mecanismos de contagio similares y posibles consecuencias clínicas también muy similares, pero con un equilibrio contagiosidad/posible letalidad, menos peligroso. Y pensemos específicamente, por experiencia clínica, en el virus de la gripe que infecta a una parte importante de la población, y que tiene una mortalidad también importante asociada a alguna de sus variaciones estacionales.
3. El “riesgo cero” no existe en ninguna actividad sanitaria (ni realmente en ningún aspecto de la vida). Sería faltar a la verdad asegurar que no hay ningún riesgo de ser infectado por el COVID19 en la consulta dental.
4. Disponemos (y además utilizamos habitualmente desde hace años) medios de desinfección de superficies, esterilización de materiales no desechables, y

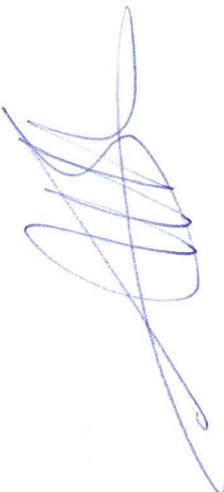


UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Toxicología
y Legislación Sanitaria

dispositivos “barrera” (EPIs, equipos de protección individual, de diferente clase), que disminuyen drásticamente las posibilidades de que un paciente se infecte por COVID19 en la consulta dental. Y no es necesario que una consulta dental haga grandes cambios, únicamente continuar con las medidas de desinfección y esterilización habituales y obligadas. En principio sólo sería necesario limitar las áreas que los pacientes pueden tocar, y extremar la limpieza de estas superficies.

- 
5. Durante los procedimientos odontológicos en los que no se puede evitar la formación de aerosoles, el riesgo de contaminación en todo caso lo afrontaría el dentista, y no el paciente. Es claro que el aerosol se produciría por el agua limpia expulsada por instrumental rotatorio contra las estructuras de la cavidad oral del paciente, sin contacto con las manos del dentista (protegidas por guantes).
 6. Si unimos todos los conceptos anteriormente expuestos, es evidente que la estancia y tratamiento de un paciente en una clínica dental debe suponerle un riesgo de infección por COVID19 mucho menor que las otras actividades que se están permitiendo en la desescalada. Por tanto, si un paciente que ha acudido a una clínica dental desarrolla la infección por el virus, lo lógico es que la haya adquirido, o realizando otra actividad, o por contacto cercano con un infectado sin equipo de protección individual suficiente, pero no en la clínica dental.

Premisas legales:

- 
1. La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y toda la normativa autonómica de desarrollo, incluyen los riesgos inherentes a los procedimientos como parte de la información que hay que proporcionar al paciente antes del tratamiento. Esta información está recogida especialmente en los artículos 8.2 y 10 de la citada Ley 41/2002. Y no consideramos que, con las medidas recomendadas de protección, el riesgo de infección por COVID19 entre dentro de las categorías descritas en estos artículos.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Toxicología
y Legislación Sanitaria

Pabellón 7 - 2ª Planta
Ciudad Universitaria
28040 MADRID



Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general.

Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

Consideraciones médico-legales:

Todas las premisas expuestas anteriormente deberían ayudar a responder a la pregunta planteada: “¿Se debe cumplimentar un documento de consentimiento informado al paciente de que corre un mayor riesgo de ser infectado por el COVID19 en la clínica dental?”.

En nuestro criterio, no lo consideramos conveniente por los siguientes motivos (parcialmente esbozados con anterioridad). En primer lugar, es evidente que el paciente corre menos riesgo de ser infectado por el virus en la consulta dental que en cualquier otro sitio. En segundo lugar, porque informar al paciente de la posibilidad de infección (remota) nos señala como posibles responsables legales ante una infección del paciente. Y en tercer lugar, porque el hecho de que el paciente firme un documento en el que acepta el “riesgo de infección”, no nos eximiría, en caso de infección demostrada, de responsabilidad legal por no haber seguido escrupulosamente las normas de desinfección y esterilización.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Toxicología
y Legislación Sanitaria

Pabellón 7 - 2ª Planta
Ciudad Universitaria
28040 MADRID

Conclusión:

La conclusión colegiada es clara: no consideramos conveniente redactar un documento de consentimiento informado de este tipo, que apunte como posible fuente de contagio a unas instalaciones (las clínicas dentales) que figuran entre las más seguras para el paciente. Y más, porque realmente tampoco eximirían de responsabilidad legal en caso de contagio demostrado.

En todo caso, y aunque no lo consideramos realmente necesario, para reforzar la confianza del paciente en la seguridad de las clínicas dentales, se les podría informar por escrito de las medidas de limpieza, desinfección y esterilización que se realizan en el centro.

Madrid, 26 de Mayo de 2020.



Bernardo Perea Pérez.