Responsabilidad profesional en Implantología Oral



Antonio Bowen Antolín MÉDICO ODONTÓLOGO PROFESOR ESCUELA DE MEDICINA LEGAL UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

INTRODUCCIÓN

Por responsabilidad entendemos la obligación de reparar o resarcir los daños causados a otros. Hay varios tipos y entre ellos está la profesional y, dentro de ella, la médica, que es la obligación de reparar, resarcir y responder de los daños producidos a los pacientes como consecuencia de problemas surgidos en el ejercicio de la profesión. La responsabilidad del profesional en Odontoestomatología será la obligación de éste de responder por los daños producidos a sus pacientes y, particularizando a la Implantología, será la obligación de responder ante los daños producidos durante la realización de los tratamientos implantológicos.

En el caso del profesional odontólogo y estomatólogo, en la inmensa mayoría de las situaciones en que se les pide responsabilidad, se trata de responsabilidad civil o penal, teniendo otros tipos de responsabilidad y presentándose estas situaciones con frecuencia muy inferior. El verdadero problema está, por tanto, en la responsabilidad penal, que por su propia naturaleza no es susceptible de aseguramiento y en la responsabilidad civil que puede dar pie a indemnizaciones económicas verdaderamente importantes.

Al odontólogo le interesa en materia de responsabilidad, en primer término, poder deslindar ante una actuación profesional si ésta es lícita o si, por el contrario, puede constituir una falta profesional de la que pueda derivarse exigencia de responsabilidad.

El precisar de una manera breve y completa lo anterior es prácticamente imposible. Los tratadistas a la hora de analizar esta cuestión examinan los diversos elementos que se insertan en un caso dado para configurar la responsabilidad profesional.

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Se exigen tradicionalmente en nuestro ordenamiento jurídico cuatro requisitos o elementos que han de darse para que pueda prosperar la exigencia de responsabilidad profesional, siendo éstos los siguientes:

1. Obligación preexistente. De no existir ésta no cabría exigir responsabilidad. Esta obligación

preexistente puede tener su origen en la modalidad de ejercicio profesional que voluntariamente haya adquirido el odontólogo o el estomatólogo, de tal manera que por el hecho de trabajar en una modalidad determinada adquiere unas obligaciones de llevar a cabo sus actividades profesionales en unos momentos concretos, a unos grupos de enfermos delimitados a priori y en unas condiciones precisas.

Otras veces la obligación nace de una decisión voluntaria del profesional, que asume la asistencia odontológica de una persona, en unas condiciones y alcance precisos. Por último, el origen de la obligación preexistente



Fig. 1

puede nacer del deber de prestar socorro que tienen todos los ciudadanos ante casos de peligro manifiesto y grave.

2. Daño causado. Este es otro elemento fundamental, de tal suerte que no cabe exigir responsabilidad ni habría de resarcirse nada de lo no originado.

El daño causado se traduce en general en la aparición de complicaciones, en la generación de lesiones, en la agravación de procesos patológicos preexistentes, en el contagio de enfermedades y en la prolongación del proceso patológico. En algunos supuestos el daño ocasionado no sólo radica en el paciente sino también se le genera a terceros, Seguridad Social, Entidades Asistenciales, Familiares, etc., que han de hacer frente al incremento de los gastos derivados del correspondiente daño.

En general el daño, cuando se manifiesta sobre el propio paciente, suele hacerlo de una manera inmediata, es decir, tiene su traducción clínica a partir del momento en que se llevó a cabo el acto profesional. No obstante, hay casos en que las manifestaciones clínicas tienen lugar transcurrido algún tiempo después de la ejecución del acto profesional al que se achaca el mismo.

3. Falta profesional. La comisión de una falta profesional es requisito imprescindible para que pueda prosperar la exigencia de

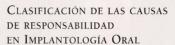
responsabilidad. Aunque se originen graves daños, si el profesional actúa correctamente no cabe exigir responsabilidad, basado ello en que de una misma actuación del odontólogo pueden derivarse distintas respuestas y formas de evolución de un proceso patológico, ya que la Medicina y la Odontología no son ciencias exactas.

En la práctica, y con frecuencia, determinar si una actuación profesional es correcta o constituye falta es extraordinariamente complejo y ha de valorarse en un contexto histórico y profesional determinado, lo que sólo puede llevar a cabo otro profesional conocedor en detalle de los problemas y dificultades que el ejercicio de la profesión conlleva en cada caso concreto.

Esto obliga de hecho a que, en la inmensa mayoría de las ocasiones, el precisar si la actuación fue correcta o constitutiva de falta tenga que hacerse a través de una prueba pericial a cargo de otros profesionales

4. Relación causa-efecto entre falta y daño. Para que quepa la exigencia de responsabilidad ha de existir una relación clara entre la falta cometida y el daño causado. Sólo prosperará la exigencia de responsabilidad cuando no quepan dudas acerca de que un daño determinado tiene su origen en una concreta actuación profesional.

En Odontología, y lo mismo en Medicina, los daños traducidos en complicaciones, lesiones, etc., se manifiestan en general de una manera inmediata a la realización del acto profesional al que se le imputa y, en estos supuestos, en general la relación causa-efecto puede admitirse fácilmente. Por el contrario, hay situaciones que se dan en Odontología en que la expresión del daño tiene lugar transcurridos días o semanas después de la ejecución del acto. En estos supuestos la determinación de la relación causa-efecto no puede admitirse a priori, siendo imprescindible realizar un estudio médico legal a fin de establecer la relación con una actuación odontológica o descartarla.



La clasificación de las causas de responsabilidad en Implantología se ha visto modificada desde la primera, propuesta por Gerome Pierre en 1992. La experiencia acumulada por las comisiones deontológicas de los Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, la Jurisprudencia que empieza a aparecer sobre el tema, la evolución de los países de la Unión Europea y, sobre todo, la que se está sufriendo en los Estados Unidos, nos conducen a clasificarla en los siguientes apartados:

I. Error de diagnóstico

Si bien el error de diagnóstico no consiste en sí una falta profesional, hay una serie de condiciones que se deben cumplir para que no se considere como tal. Éstas se basan en la elaboración de una completa y correcta historia clínica y de exploración complementarias adecuadas, siempre y cuando el diagnóstico al que se llegue no sea el producto de una flagrante ignorancia de temas que todo profesional debe conocer.

En este apartado hay que tener en cuenta la responsabilidad del analista y del radiólogo.

— La responsabilidad del analista radica en la realización y obtención de las pruebas ordenadas por el profesional de una manera correcta y lo más exacta posible .



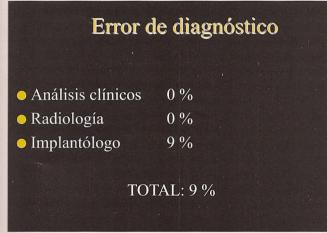
Fig. 2

Causas de Reclamación en Implantología Error de diagnóstico 9 % Error de indicación 8 % Error técnico 58.6 % Error de pronóstico 18.4 % Error de seguimiento 2.3 % Error genérico 0 %



Fig. 3

Tabla 1



Error de Indicación y prescripción.

- Sobreestimación de requerimientos 4.6 %
 Falsa motivación 2.3 %
 Sobreestimación de la resistencia 2.3 %
- Desconocimiento situación 0 %Errores en prescripción 0 %
 - prescripcion

TOTAL: 8 %

Tabla 3

Tabla 2

- La responsabilidad del radiólogo se basa en realizar tanto las pruebas solicitadas por el profesional como las que él considere adecuadas para el caso en cuestión.
- Que las placas y gráficos sean de buena calidad.
- Que se acompañe a ser posible un informe escrito.
- Que se identifiquen las placas si es posible.
- Señalar cualquier lesión visible o justificar si alguna pudiera pasar inadvertida.
- No cometer un error grosero y evidente en su informe.
- Respecto la exploración radiológica, el implantólogo también puede incurrir en responsabilidad en tres casos:
- 1. Si no solicita todas las pruebas suficientes (a este respecto, se empieza a considerar como necesario e indispensable la C.T. del

- área en la que se pretenden realizar los implantes).
- 2. Si no es capaz de interpretar las exploraciones y se limita a la lectura del informe del radiólogo.
- 3. Si no dispone de negatoscopio para la interpretación de las placas.

II. Error de indicación y de prescripción

- El error de indicación se puede producir por:
- Sobreestimación de los requerimientos del paciente.
- Falsa motivación del paciente
- Sobrestimación de los factores de resistencia al tratamiento.
- Falta de conocimiento de la situación personal del paciente.
- El error de prescripción se refiere a aquellos fallos cometidos al indicar el tratamiento farmacológico que debe seguir el paciente, bien sea por el medicamento

prescrito, por incompatibilidades medicamentosas, por la posología o por la falta de instrucciones entendibles para el paciente.

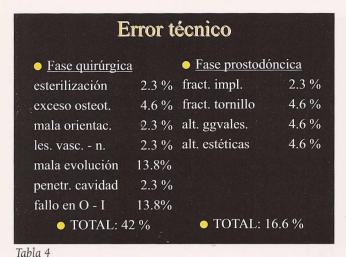
III. Error técnico durante la realización del tratamiento

a) Durante la fase quirúrgica

Los errores se pueden cometer por:

- Utilización de implantes con la fecha de esterilización caducada.
- Reutilización de un implante.
- Falta de asepsia.
- Destrucción excesiva de hueso.
- Mala orientación del implante.
- Lesión vascular o nerviosa.
- Mala evolución funcional precoz.
- Mala orientación del implante.
- Perforación de maxilares.
- Penetración en cavidades.
- Deglución de instrumentos.
- Falta de osteointegración
- b) Durante la fase protésica.

Todo el procedimiento referido al diseño de la superestructura, la reali-



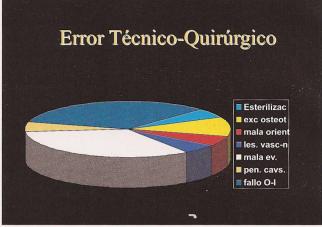
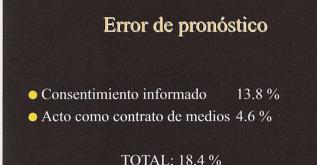


Fig. 4



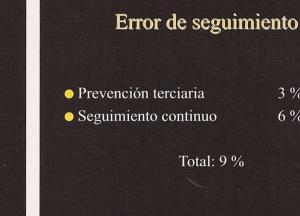


Tabla 6

Tabla 5

zación del trabajo por el laboratorio, el diseño de los elementos intermedios. las extensiones, los contornos, competen exclusivamente al profesional. La oclusión tiene un lugar esencial en el proceso de rehabilitación, ya que alteraciones oclusales pueden verse agravadas o incluso producidas a causa de la terapéutica implantológica.

Las causas más frecuentes por las que se deriva responsabilidad en este apartado son:

- Fractura del implante.
- Fractura del tornillo protésico.
- Alteraciones articulares.
- Fractura de prótesis.
- Fracasos estéticos.
- Enfermedades gingivales.

Actualmente, suele prevalecer la opinión de que los errores producidos en el curso del tratamiento implantológico se deben a la actuación del cirujano, pero el prostodoncista juega un papel tanto o más importante que el anterior, y en el análisis de los errores se debe tener siempre presente la interrelación entre las dos fases.

IV. Error de pronóstico.

El error de pronóstico no constituye en sí una falta, pero contribuye a la degradación de la relación médicopaciente. Un paciente con pronóstico optimista puede exigir responsabilidad si ha habido falta de información o de consentimiento. De hecho, en más del 80 por ciento de los casos en los que se exige responsabilidad se considera la inexistencia del Consentimiento Informado.

Por otra parte, debido a la larga duración de los tratamientos implantológicos, se debe informar al paciente de su situación clínica en cada momento, sin garantizar un pronóstico favorable, ya que no hay que olvidar que el contrato que rige esta relación, como en todo acto médico, no es un contrato de resultados sino de medios: garantizaremos siempre que pondremos todos los medios existentes para llevar a buen término el tratamiento, pero nunca garantizaremos un resultado óptimo y perfecto.

Total: 9 %

3 %

6%

V. Error de seguimiento del paciente Básicamente este error se basa en dos condiciones:

- Seguimiento continuo: la relación médico-paciente no acaba con la puesta en boca de la prótesis, sino que es necesario, obligatorio e indispensable un seguimiento regular y estricto de la evolución del paciente.
- Prevención terciaria: la Implantología supone una nueva concepción de los tratamientos odontológicos, ya que el paciente debe seguir durante toda su vida llevando un estricto control, a fin de prevenir a todos los niveles cualquier complicación o modificación que pueda surgir a

causa del tratamiento realizado. Tanto el cirujano como el prostodoncista deben hacer el adecuado seguimiento del paciente y cualquier falta u omisión de ello haría incurrir en responsabilidad.

VI. Error genérico

En los últimos años han surgido dos nuevas causas por las que se ha exigido responsabilidad en Implantología:

- Historia Clínica: la Ley General de Sanidad manifiesta en su artículo 10 la obligatoriedad de la existencia de la Historia Clínica de todo paciente; éste será el único documento objetivo que existirá de la relación médicopaciente, y en el que se podrá apoyar la decisión de los tribunales.
- Emergencias vitales: la Implantología tiene una vertiente quirúrgica importante, en la que se incluyen los riesgos típicos de cualquier acto quirúrgico, entre los que se encuentra el compromiso vital. La mayor parte de las intervenciones se realizan en el gabinete odontoestomatológico, en régimen de cirugía ambulante, pero no por ello los riesgos disminuyen, sino que es necesario contar con las medidas, entrenamiento y medios para hacer frente a ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos utilizado los datos procedentes de los archivos de la Comisión Deontológica del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región, procediendo a examinar las causas de las reclamaciones en base a la clasificación anteriormente propuesta.

Se ha realizado el estudio estadístico correspondiente, basándonos exclusivamente en los aspectos cuantitativos de la estadística descriptiva de cada apartado.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

El incremento anual relativo a las reclamaciones presentadas por el conjunto de las actividades propias de la Odontoestomatología tiende a mantenerse estable en los últimos años (Fig. 1). Las reclamaciones en base a los tratamientos implantológicos no tienen una alta repercusión si bien se observa (Fig. 2) el aumento significativo en los últimos cuatro años, aunque el número de ellas tiende a permanecer estable.

El motivo más importante de las reclamaciones en Implantología, son aquellos derivados de los *errores técnicos*, seguidos de los errores de pronóstico, los de diagnóstico, los de indicación y los de seguimiento. El error genérico no aparece reflejado en este estudio, ya que las causas de reclamación debidas a errores genéricos suelen acabar siempre directamente ante la Administración de Justicia (Tabla 1).

El error de diagnóstico solamente se refiere al implantólogo (Tabla 2), ya que al tratarse de reclamaciones presentadas en un Colegio Profesional de Odontólogos y Estomatólogos, evidentemente no se considera las otras dos figuras implicadas.

En cuanto al error de indicación y prescripción (Tabla 3), vale la pena destacar cómo la sobreestimación de los requerimientos del paciente es el principal motivo por el que el paciente manifiesta su disconformidad con el tratamiento: cabría considerar en este apartado los sobretratamientos o tratamientos excesivamente agresivos. También la sobreestimación de la resistencia del paciente en la que nos referimos a la capacidad del paciente para soportar o aceptar las múltiples citas y visitas que tiene que realizar a la consulta desde que se inicia el proceso de tratamiento con implantes. Parece anecdótico hablar de la falsa motivación del paciente como causa de reclamación, pero ello no nos viene dado por el propio paciente en sí, sino por el entorno familiar, descontento muchas veces con la finalidad por la que acuden a la consulta.

El *error técnico* (Tabla 4) es el que más importancia tiene dentro de todas

las causas de reclamaciones, si bien muchas de las veces la causa no estuvo en el motivo técnico en sí, sino en el diagnóstico que no llegó a ser ni lo correcto ni lo certero que debería haber sido en un principio. Las múltiples causas que pueden conducir a los errores diagnósticos se basan, como siempre, en el trabajo realizado con prisas, sin prestar la debida atención y sin recurrir a todos los medios diagnósticos necesarios para una adecuada planificación.

Otra serie de los errores técnicos se deben a los que se ha dado en llamar "mala evolución funcional precoz del implante". Es clásico que estas reclamaciones sean presentadas por pacientes muy pleiteantes, o ante profesionales con muy poca experiencia en implantología, ya que la mala evolución precoz está considerada actualmente como una de las causas del fracaso del implante, y todavía no es extraño encontrarnos con profesionales que no quieren admitir un posible error.

El fallo en la osteointegración del implante no tiene por qué ser un error, pero viene cuando no se sabe diagnosticar que ha habido ese fracaso, o el paciente no ha sido suficientemente advertido de que podía presentarse.

En la fase prostodóncica las reclamaciones del paciente vienen basadas principalmente en errores o fracasos desde el punto de vista estético, principalmente. La demanda social en estos últimos años ha pasado a tener un fuerte componente estético y es por ello por lo que el no alcanzar el resultado así deseado lleva al paciente a presentar la reclamación.

Conoce la fórmula para "adherir" pacientes? Folletos de Educación Odontológica

Los folletos que de una forma didáctica y amena, pero con todo el rigor profesional, le ayudarán a mejorar:

- Su labor preventiva
- La fidelización de sus pacientes
- Su plan de marketing

Temas:

Ortodoncia, Implantes, Prevención, Higiene...

El marketing directo empieza en cada visita.

QUE SU PACIENTE SEA SU MEJOR AGENTE PUBLICITARIO

D.C.O. Diseño y Comunicación Odontológica INFORMACIÓN Y PEDIDOS

93 589 86 98

En cuanto al error de pronóstico llama la atención el hecho de la ausencia de consentimiento informado en casi un 14 por ciento de las reclamaciones presentadas (Tabla 5). El consentimiento informado es un acto más de la relación médico-paciente e, incluso, es el acto que legitima la intervención médica, como señala Ricardo de Lorenzo. Según el artículo 10 de la Lev General de Sanidad, es obligatoria la aceptación del tratamiento por parte del paciente por escrito mediante la firma de un documento en el que se señale el tratamiento que va a realizarse y los riesgos que conlleva.

Menor importancia tiene el que los pacientes consideren que el tratamiento con implantes exige un resultado, aunque, a tenor de las últimas sentencias falladas, está en discusión el concepto del contrato de medios o de resultados.

En cuanto al *error de seguimiento* (Tabla 6), las reclamaciones suelen tener un alto contenido subjetivo al ser pacientes extremadamente conflictivos y que por lo general permanecieron muchos años sin realizar ni el más mínimo tratamiento.

El error genérico no se ha presentado en las reclamaciones extrajudiciales, pero llega a ser hasta un 3 por ciento de las judiciales, y se debe a motivos tan simples como el fallecimiento del paciente durante el acto quirúrgico o la ausencia de una historia clínica con los más elementales datos del paciente. Evidentemente,

son reclamaciones que siguen siempre la vía judicial y que llegan a prosperar.

Del estudio de todos estos apartados hemos considerado oportuno el considerar una serie de <u>riesgos en</u> <u>Implantología</u>, que los hemos agrupado en las cuatro fases clásicas del tratamiento en implantología.

- 1. Fase de planificación: Los riesgos más importantes que aparecen en esta fase y que se deben de valorar cuidadosamente son los que conducen a conseguir una completa planificación del tratamiento y por ello se debe considerar siempre:
- Estado general del paciente.
- Exploración intraoral.
- Estudio radiológico.
- Valoración prostodóncica.
- 2. Fase quirúrgica: Hay una serie de complicaciones que pueden aparecer en esta fase y que debemos considerar especialmente:
- Riesgos típicos de cirugía.
- Lesiones nerviosas.
- Injertos "inlay" sinusales.
- Lesiones dientes advacentes.
- Técnicas de ROG.
- 3. Fase prostodóncica: Es la fase en la que va a culminar el tratamiento para el paciente, y en la que es más fácil para él apreciar los fallos que puedan existir, por lo que se deberá de valorar las complicaciones siguientes:
- Falta de integración del implante.

- Fractura de la prótesis.
- Alteraciones neurooclusales.
- Alteraciones estéticas.
- 4. Fase de mantenimiento: En esta fase hay múltiples riesgos que se pueden correr y por ello es preciso hacer especial hincapié en las siguientes causas:
- Falta de higiene.
- No realizar revisiones periódicas.
- Alteraciones oclusales.
- Valorar el posible fracaso tardío del implante.

CONCLUSIONES

- Estamos asistiendo a un incremento de las reclamaciones en Implantología.
- II) Las reclamaciones son tremendamente complejas y es habitual que estén implicados varios profesionales.
- III) Las reclamaciones más graves siguen directamente la vía judicial.
- IV) La repercusión económica es cuantiosa.
- V) No existe la "receta ideal" para evitar la reclamación por parte del paciente, pero sí podemos indicar una serie de actuaciones con las que se pueden minimizar:
 - Planificación previa completa.
 - Información completa de la intervención.
 - Adecuada técnica quirúrgica.
 - Información sobre evolución y expectativas.
 - Mentalización del paciente.
 - Consentimiento informado. �

BIBLIOGRAFÍ

- Bailey, B.L.: Informed consent in dentistry. J. Am. Dent. Assoc., 110: 709:1985.
- 2. Barreiro, J.: La relevancia jurídica penal del consentimiento del paciente en el tratamiento médico-quirúrgico. Cuadernos de Política Criminal. Madrid, 1982: vol., 16.
- 3. Bowen Antolín A, Moya Pueyo V, Sánchez Sánchez JA.: Consentimiento Informado en Implantología Oral. Rev Esp O Impl 2: 4. 291-300, 1995.
- De Lorenzo R, Bascones A.: El Consentimiento Informado en Odontoestomatología. 1996. Editores Médicos S.A. Madrid.
- Limones Esteban, M.: Estudio de la conflictividad en la actividad quirúrgi-

- ca en España. Tesis doctoral, Facultad de Medicina U.C.M., Madrid, 1992.
- Martínez-Pereda Rodríguez, J.M.: La imprudencia punible en la profesión sanitaria según la jurisprudencia del tribunal supremo. Ed. Colex S.A., Madrid, 1985.
- Martínez-Pereda Rodríguez, J. M.: La responsabilidad penal del médico y del sanitario. Ed. Colex, S.A., Madrid, 1990.
- Moya, V., Roldán B., Sánchez J.A.: Odontología Legal y Forense. Ed. Mason. Barcelona, 1994.
- Perea Pérez, B., Roldán Garrido, B.: El Consentimiento Informado en la Práctica Médica. Laboratorios SmithKline Beecham. 1996

- Pierre, J.: La responsabilité Médico-Juridique du practicien en implantologie orale. Doin editeurs, Paris, 1993.
- 11. Romeo Casabona, C.M.: El médico ante el derecho, la responsabilidad penal y civil del medico. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1987.
- 12. The Medical Defence Union For Dentist.: Annual Report. London, 1989.
- 13. Vega del Barrio, J.M.: Estudio de las quejas presentadas en la Comisión Deontológica del Colegio de la 1.ª Región (Período 1982-1997). Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. 1999.