

Responsabilidad profesional en implantología: Estudio de 60 reclamaciones legales de pacientes motivadas por un tratamiento implantológico.

Perea Pérez, Bernardo, Lucerón-Díaz Ropero, Elena, Fonseca Peña, Ana María y Labajo González, Elena.

Cita:

Perea Pérez, Bernardo, Lucerón-Díaz Ropero, Elena, Fonseca Peña, Ana María y Labajo González, Elena (2006). *Responsabilidad profesional en implantología: Estudio de 60 reclamaciones legales de pacientes motivadas por un tratamiento implantológico*. *Científica Dental*, 3 (2), 99-106.

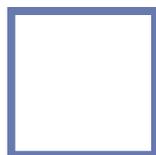
Dirección estable: <https://www.aacademica.org/elenalabajogonzalez/57>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pcQr/7rh>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



Responsabilidad profesional en implantología: Estudio de 60 reclamaciones legales de pacientes motivadas por un tratamiento implantológico.



Perea Pérez, Bernardo.

Profesor titular de Medicina Legal y Forense.
Facultad de Medicina. Universidad Complutense
de Madrid.
Presidente de la Comisión Deontológica del
Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos
de la I Región.

Lucerón Díaz-Ropero, Elena.

Licenciada en Odontología. Colaboradora
Honorífica del Dpto. de Ciencias de la Salud III.
Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Fonseca Peña, A.

Colaboradora Honorífica del Dpto. Toxicología y
Legislación Sanitaria. Universidad Complutense
de Madrid.

Labajo González, Elena.

Profesor ayudante del Dpto. Toxicología y
Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina, UCM.

Indexada en / Indexed in:

- IME.
- IBECS.
- LATINDEX.

Correspondencia:

Bernardo Perea Pérez
Escuela de Medicina Legal
Facultad de Medicina
Avda. Complutense, s/n. 28040 Madrid
E-mail: bperea@med.ucm.es

PEREA B, LUCERÓN E, FONSECA A, LABAJO E. Responsabilidad profesional en implantología: Estudio de 60 reclamaciones legales de pacientes motivadas por un tratamiento implantológico. *Cient Dent* 2006;3;2:99-106.

RESUMEN

El aumento de la práctica implantológica en los últimos años ha producido un sensible aumento de las reclamaciones legales contra dentistas, con respecto a otras áreas en el ámbito de la Odontostomatología. Se propone un estudio de las reclamaciones legales en Madrid motivadas por tratamiento implantológico en los últimos tres años que nos permitan concretar datos como: nº de reclamaciones por año, perfil del profesional, perfil del paciente, ámbito de asistencia, tipo de tratamiento o motivo de la reclamación.

PALABRAS CLAVE

Implantología oral; Demandas; Responsabilidad profesional.

Professional responsibility in oral implantology: study of 60 patients legal claims motivated by an implantological treatment.

ABSTRACT

The increase of the implantological practice during the last years has produced a noticeably rise in legal complaints against dentists, regarding other areas affected in the odontostomatology field.

It is proposed a study about lawsuits in Madrid (Spain) due to implantological treatment in the last three years that help us to specify data as the number of complaints by year, professional profile, patient profile, assistance field, kind of treatment or reason of the complaint.

KEY WORDS

Oral implantology; Lawsuits; Legal complaints; Professional responsibility.

Fecha de recepción: 26 de junio de 2006.

Fecha de aceptación para su publicación: 27 de julio de 2006.

1. INTRODUCCIÓN

La aparición y consolidación de la implantología oral ha provocado una auténtica revolución en la práctica odontostomatológica. La mejora de las técnicas y la predictibilidad de

los resultados han convertido esta técnica en el procedimiento de elección en muchas situaciones clínicas. Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, el número de implantes colocados en España ha tenido un incremento espectacular.¹



Aunque el aumento de reclamaciones legales contra dentistas ha afectado a todas las áreas de la odontoestomatología, alguna de ellas, como la implantología, ha resultado más afectada.² Las causas de este aumento de reclamaciones contra profesionales sanitarios en general y contra dentistas en particular son muy complejas.³ Incluirían unos factores generales relacionados con las exigencias de los pacientes, los intereses económicos de las distintas partes, la idea de salud de la población, el sistema judicial, etc. En el caso especial de la implantología hay factores específicos. Un primer factor que explica este incremento de reclamaciones por motivos implantológicos es el aumento en su utilización, que genera un mayor número de actos profesionales. No obstante, existen otros factores que han convertido a la implantología en el "paradigma" de la odontología en cuanto al aumento de reclamaciones legales:

1. a. Aplicación estricta del contrato de resultados.

La jurisprudencia de la sala civil del Tribunal Supremo ha variado en los últimos años la consideración de las relaciones entre el paciente odontológico y el dentista. En una serie de sentencias que se iniciaron el 27 de junio de 1997, la Sala Civil del Tribunal Supremo consideró que la obligación del dentista era de resultados y no de medios, como tradicionalmente se había considerado. Este hecho ha tenido una gran, y negativa, repercusión en la práctica clínica de la odontología, pero posiblemente sea la implantología una de las áreas más afectadas. Y ello se debe a que puede ser encuadrada en la denominada, por el Tribunal Supremo, "medicina satisfactiva", o sea, los procedimientos que persiguen mejorar la comodidad del paciente pero no imprescindibles para éste. En estos casos la obligación de resultados estaría reforzada. Y la implantología entra de lleno en este supuesto, ya que el paciente no "necesita" ponerse implantes y podría optar por otros procedimientos terapéuticos.

1. b. Mala información y expectativas por parte de los pacientes.

El grado de desconocimiento, o más exactamente de "mal conocimiento", por parte de los pacientes es muy alto. Con mucha frecuencia, posiblemente en la mayoría de los casos, se piden a los tratamientos implantológicos funciones (masticatorias y estéticas sobre todo) que éstos no pueden dar. Es misión del dentista informar adecuadamente al paciente de lo que se puede razonablemente esperar de un tratamiento implantológico y de lo que no es posible. También debe conocer los posibles problemas y complicaciones que

pueden presentarse durante el tratamiento implantológico y el riesgo de fracaso.

Es necesario reflejar esto en un documento de consentimiento informado junto con otros aspectos recogidos en la ley.⁴

Lo que nos parece un error por parte de los profesionales son las declaraciones a medios de comunicación sobre la práctica infalibilidad de los tratamientos implantológicos. Este tipo de afirmaciones alientan la demanda en caso de fracaso y suelen constituir un problema en caso de reclamación judicial.

1. c. Necesidad de un documento de consentimiento informado.

La implantología, dada su naturaleza quirúrgica, entra de lleno en los supuestos contemplados por la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.⁵ Por ello requiere un documento de consentimiento informado específico.⁶ Además, un mínimo sentido común clínico, junto con los otros motivos expuestos anteriormente, nos invitan a no realizar un tratamiento implantológico sin un documento escrito de consentimiento informado en ningún caso.

1. d. Utilización de materiales exógenos.

Necesariamente en implantología se utilizan materiales de origen externo al individuo, los propios implantes de titanio. Además, con mucha frecuencia se utilizan otras sustancias de origen externo, biológicas o sintéticas.

La utilización de dichos materiales presenta siempre riesgos de rechazo o falta de integración que aumentan el riesgo legal. Si el origen es biológico, ya sea animal o humano (y mientras no se trate de un autoinjerto), el peligro se incrementa por la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas que pudieran no ser conocidas actualmente.

1. e. Tratamientos muy costosos.

Posiblemente, la primera razón que empuja a los pacientes a reclamar es la motivación económica.⁷ Es evidente que los tratamientos implantológicos suponen un mayor coste económico para el paciente, por lo tanto le incitarían más a demandar, ya sea para recuperar su inversión o para obtener además una indemnización por los daños y perjuicios sufridos (justa o no).

1. f. Costes importantes para el seguro de responsabilidad civil profesional.

Las demandas por problemas en tratamientos implantológicos suponen una parte importante de los pagos del seguro



de responsabilidad civil profesional. El coste económico de estos tratamientos, unido a las posibles secuelas anatómicas y/o funcionales a las que pudieran dar lugar, son la causa de este hecho.

En la actualidad, la mayor parte de los dentistas están adheridos a pólizas colectivas de responsabilidad civil profesional que los colegios les ofrecen. En estas pólizas se reparte equitativamente el coste con una prima que es igual para todos, independientemente del riesgo que generen. En nuestra opinión, este hecho no es justo y habría que introducir algún factor que ajustase el importe de la prima al riesgo generado.

2. OBJETIVOS

Los objetivos que nos marcamos en el presente estudio son los siguientes:

1. Determinar el perfil del profesional que coloca implantes dentales en cuanto a sexo y ámbito de asistencia.
2. Estudiar la causa técnica de la reclamación.
3. Estudiar los tratamientos odontoprotésicos que dan lugar a problemas legales.
4. Estudiar la evolución del número de reclamaciones motivadas por la Implantología y relacionarlas con el total de las reclamaciones presentadas ante la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región.

3. MATERIAL

El material utilizado para la realización del presente estudio está formado por datos procedentes de reclamaciones de pacientes presentadas ante la Comisión Deontológica del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. En esta Comisión Deontológica se reciben reclamaciones directas por parte de los pacientes, reclamaciones de pacientes enviadas por las OMIC (oficinas municipales de información al consumidor) de casi todos los municipios, cuyo ámbito territorial es abarcado por el Colegio de la I Región (Madrid, Toledo, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Ávila), y otros casos y consultas realizados por bufetes de abogados o compañías de seguros. Con toda seguridad constituye la base de datos más completa que existe en España sobre reclamaciones legales de pacientes odontológicos.

No obstante, hay que tener presente que el fin de la Comisión Deontológica es vigilar el cumplimiento de las obligaciones deontológicas por parte de los colegiados. Por ello, los datos contenidos en los expedientes son muy variables, porque en muchas ocasiones la solicitud de más información podría haber sido contraproducente para los fines de

la Comisión o incluso podrían haber provocado la presentación de una demanda contra el dentista implicado.

Partiendo de esta base establecimos unos criterios de inclusión para los expedientes contemplados en el presente estudio.

Criterios de inclusión:

- Reclamación de un paciente debida a fracasos o problemas de consecuencia de un tratamiento implantológico (como único motivo o junto a otros).
- Reclamación presentada durante el periodo de tres años comprendido de 2003 a 2005.
- Posibilidad de identificar el tipo de tratamiento efectuado y sus características técnicas.
- Posibilidad de identificar el motivo exacto de la reclamación.

Por tanto, se excluyeron los expedientes que no cumplieron estos requisitos.

El manejo de estos datos ha respetado todas las normas de protección de datos respecto a los fines del estudio y al manejo de los mismos. La única persona que ha tenido acceso directo a todos los datos ha sido el presidente de la Comisión Deontológica (primer firmante de este trabajo), que ya tenía conocimiento previo de ellos al haber tenido que emitir una resolución sobre los mismos. El resto de los investigadores de este estudio sólo han tenido acceso a datos disociados donde no era posible identificar ni al profesional responsable del tratamiento ni al paciente reclamante.

4. MÉTODO

La metodología empleada siguió la siguiente sistemática:

1. Seleccionar los casos relativos a Implantología procedentes de la base de datos.
2. Estudio pormenorizado de los datos, respetando el anonimato de pacientes y profesionales implicados.
3. Tratamiento estadístico de los datos anteriores.
4. Comparación de los datos con los obtenidos de otros estudios.

Durante el período estudiado, los tres años comprendidos entre el 2003 y el 2005, se presentaron ante la Comisión Deontológica del Colegio de la I Región 549 reclamaciones. Cuando se aplicaron los criterios de inclusión en el presente estudio se seleccionaron 60 expedientes.

Se rellenó una ficha para cada expediente seleccionado que contenía los siguientes datos:

1. Año en el que se realizó la reclamación.
2. Sexo del profesional reclamado.
3. Sexo del paciente reclamante.
4. Ámbito en el que se produjo el tratamiento.



Tabla 1. Número de reclamaciones por año estudiado.

| Año | Total de expedientes considerados | Total de reclamaciones presentadas |
|---------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 2003 | 16 | 177 |
| 2004 | 21 | 192 |
| 2005 | 23 | 180 |
| Totales | 60 | 549 |

5. Tipo de tratamiento realizado.

6. Causa de la reclamación.

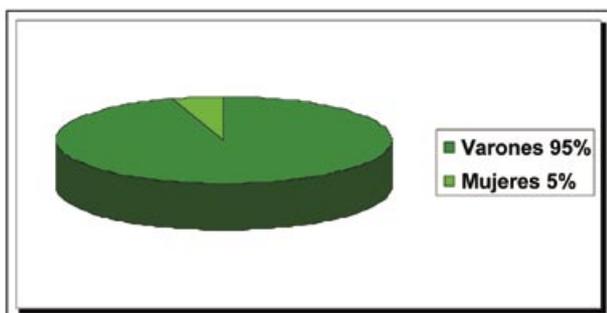
Los datos 1, 2 y 4 tienen como objetivo intentar darnos un perfil del profesional que pone implantes: su sexo, cuándo y dónde se realizó el tratamiento. El ámbito del tratamiento se refiere al tipo de clínica donde se produjo el tratamiento: propia, sociedad mercantil, seguro de asistencia sanitaria o franquicia.

El dato sobre el sexo del paciente (dato 3) intenta determinar el perfil del reclamante y determinar si existe relación con el perfil del profesional. Somos conscientes de que, con el tamaño de la muestra, esto es difícil de determinar.

El epígrafe 5 de la ficha se refiere al tratamiento implanto-protésico planificado, se llevase posteriormente a cabo o no. Básicamente se han contemplado implantes unitarios con coronas unitarias, prótesis fijas implantosoportadas o implantodentosoportadas, prótesis completas implantosoportadas y sobredentaduras.

Tabla 2. Perfil profesional de las reclamaciones (por géneros).

| Varón/Mujer | Total de expedientes considerados |
|---|-----------------------------------|
|  | 57 |
|  | 3 |
| Totales | 60 |



No en todos los casos se ha podido averiguar la localización exacta de los implantes.

El dato número 6 ha sido el más complejo de averiguar porque las causas de las reclamaciones rara vez son únicas y se mezclan aspectos técnicos con desencuentros personales y, a menudo, consideraciones económicas.

Dentro de los aspectos técnicos es, además, muy difícil diferenciar claramente la causa primera. En algunos casos, el problema está claramente en la fase quirúrgica porque no se ha llegado a producir osteointegración. Pero, en la mayoría de los casos, es difícil determinar si el fracaso de un implante ya integrado se debe a falta de higiene o a una prótesis oclusalmente incorrecta. También es complicado, con nuestra base de datos, determinar si muchos problemas protésicos, estéticos o funcionales, o muchas fracturas de elementos de la prótesis, se deben a problemas intrínsecos de ésta o arrastran una incorrecta colocación quirúrgica de los implantes.

No obstante, hemos intentado determinar como motivo de la reclamación varios aspectos:

1- Problema fundamentalmente quirúrgico: Cuando la causa se ha producido antes de la carga protésica de los implantes.

2- Problema fundamentalmente protésico: Cuando la causa alegada de la reclamación son déficits estéticos o funcionales de la prótesis. También se ha considerado esta causa cuando el motivo de la reclamación ha sido el descementado o aflojamiento repetido de los elementos retentivos o las fracturas de elementos protésicos.

3- Problemas imposibles de determinar: Hemos considerado aquí los fracasos de implantes que llevaban en boca más de 1 año. Realmente el motivo de pérdida de un implante ya osteointegrado podría ser una falta de higiene, una prótesis oclusalmente desequilibrada u otros motivos.

4- Problemas económicos: En prácticamente todos los casos subyace una motivación o, al menos, un componente económico en la reclamación. En este estudio hemos considerado el motivo económico sólo cuando ésta era la única motivación alegada.



Repetimos que somos conscientes de la inexactitud de esta clasificación, sobre todo teniendo en cuenta que los datos de los expedientes no son ampliables, pero consideramos que los resultados serán útiles.

Con todo ello se ha pretendido hacer un estudio de la muestra únicamente descriptivo. Dado el tamaño muestral y la gran cantidad de variables estudiadas, el intento de encontrar relación entre las distintas variables hubiera podido llevarnos a crear artificios estadísticos. Consideramos que la exposición descriptiva de los datos que aporta mucha información sobre un campo donde no existen apenas estudios.

5. RESULTADOS

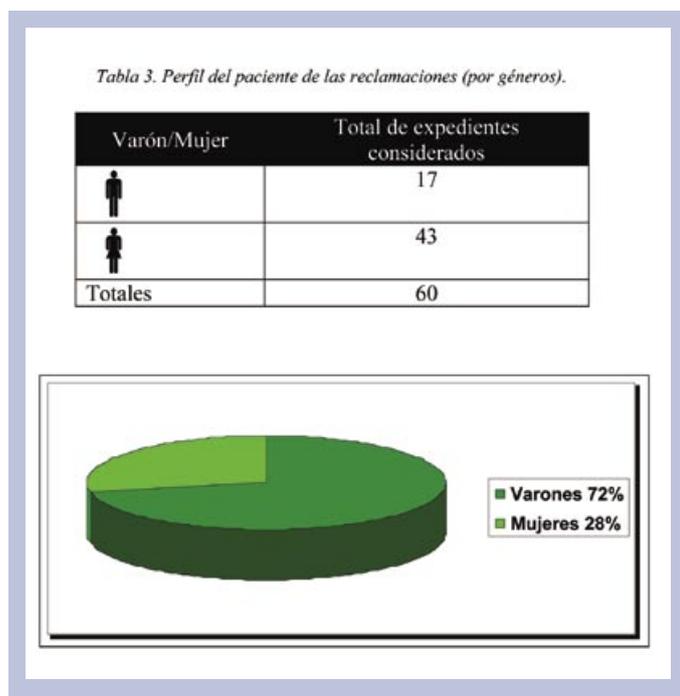
5.1. Número de reclamaciones cada año estudiado.

Del total de 60 expedientes considerados, que son los que cumplieron con los criterios de inclusión considerados:

- Año 2003: Del total de las 177 reclamaciones, 16 cumplieron estos criterios.
- Año 2004: De las 192 reclamaciones, 21 reclamaciones cumplieron los criterios.
- Años 2005: De las 180 reclamaciones de pacientes, 23 reclamaciones cumplieron los criterios exigidos.

Queremos recalcar que durante este periodo de tiempo existieron otras reclamaciones relacionadas con la implantología que no se han incluido en este estudio por no cumplir los requisitos anteriormente expuestos.

Podemos apreciar la distribución de los casos de implantes incluidos en este estudio en la Tabla 1.



5.2. Perfil del profesional.

De los 60 expedientes considerados, en tan sólo dos casos el encargado de la cirugía y prótesis fue una mujer, y en otro la fase quirúrgica la realizó un hombre y la protésica una mujer. En los restantes 57 casos, el profesional implicado fue un hombre, o más de uno (Tabla 2).

5.3. Perfil del paciente.

De los 60 expedientes considerados, en 43 ocasiones fue una mujer la que se sometió al tratamiento implantológico y reclamó, y en 17 casos fue un hombre (Tabla 3).

5.4. Ámbito de asistencia.

La distribución en el total de la muestra se muestra en la Tabla 4, siguiendo los siguientes datos:

- Privado: Entendiéndose por tal, cualquier consultorio o sociedad propiedad de colegiados: 20 casos.
- Seguros: Entendiéndose por tal, seguros de asistencia dental: 8 casos.
- Sociedades: Entendiéndose por tal, sociedades mercantiles "no propiedad de un odontólogo o estomatólogo": 18 casos.
- Franquicias: Por ello entendemos establecimientos adheridos a distintas franquicias y que trabajan bajo su marca y sistemática de trabajo: 14 casos.

5.5. Tipo de tratamiento realizado.

Los tratamientos realizados (o proyectados) en los casos incluidos en el presente estudio se muestran en la Tabla 5, según los siguientes datos:

- Prótesis fija completa superior implantosoportada: 10 casos. Siendo ésta una rehabilitación de toda la arcada superior soportada por, al menos, 6-8 implantes, cementada o atornillada a los mismos
- Prótesis fija parcial implantosoportada: 20 casos. Siendo ésta una rehabilitación en brechas intercalares entre dos o más dientes naturales, soportada por implantes.
- Sobredentadura inferior: 13 casos. Siendo ésta una rehabilitación soportada por al menos dos implantes, unidos o no por una barra; es un tipo de prótesis removible.
- Implante unitario: 12 casos. Siendo éste una sola corona soportada por un implante osteointegrado.
- Prótesis fija completa inferior implantosoportada: 3 casos. Siendo ésta una rehabilitación de toda la arcada inferior soportada, al menos, por 6 implantes.
- Sobredentadura superior: 3 casos. Siendo ésta un tipo de prótesis removible soportada por, al menos, 4 implantes ferulizados por barras.
- Tratamiento planificado "no claro": 1 caso.

Tabla 4. *Ámbito asistencial de las reclamaciones.*

| Ámbito asistencial | Total de expedientes considerados |
|--------------------|-----------------------------------|
| PRIVADO | 20 |
| SEGUROS | 8 |
| SOCIEDADES | 18 |
| FRANQUICIAS | 14 |
| Totales | 60 |

5.6. Motivo de la reclamación.

El motivo de la reclamación, según los parámetros contemplados en el epígrafe 4 de metodología, se distribuye según se muestra en la Tabla 6 según estos datos:

- Problema quirúrgico: 25 casos.
- Problema protésico: 26 casos.
- Problema imposible de determinar: 4 casos.
- Problema económico: 5 casos.

Tabla 5. *Tipo de tratamiento realizado en las reclamaciones.*

| Tipo de tratamiento | Total de expedientes considerados |
|---|-----------------------------------|
| Prótesis fija completa superior implantosoportada | 10 |
| Prótesis fija parcial implantosoportada | 20 |
| Sobredentadura inferior | 13 |
| Implante unitario | 12 |
| Prótesis fija completa inferior implantosoportada | 3 |
| Sobredentadura superior | 3 |
| Otros | 1 |
| Totales | 60 |

6. DISCUSIÓN.

6.1. Número de reclamaciones por año.

A la vista de los resultados obtenidos cabe destacar el aumento de reclamaciones en cuanto a los implantes se refiere desde 1997 hasta el 2005,^{2, 7} probablemente debido a que el número de pacientes que se somete a este tipo de tratamiento ha ido también en aumento a lo largo de estos últimos años. Sería interesante poder establecer si el aumento de tratamientos implantológicos se corresponde proporcionalmente con el aumento de reclamaciones, pero debido a la muestra de la que se dispone sería imposible determinarlo. El total de reclamaciones parece poco significativo comparado con los miles de actos clínicos que los dentistas realizamos a diario, con una disminución incluso de quejas por colegiado en los últimos años. Pero la incidencia es cada día mayor en los Seguros y Franquicias, que suponen un porcentaje pequeño de la atención bucodental; sin embargo, son responsables del 43% de las reclamaciones de causa implantológica (y casi el 72% de las reclamaciones en general), con tendencia a aumentar claramente,

algo que la sociedad y los poderes públicos deben conocer y evaluar.⁸

Las reclamaciones directamente dirigidas a la Justicia no están contempladas en este trabajo, dado que no tenemos constancia, al menos directa, pero su número es por el momento mucho menor que la casuística de la Comisión Deontológica del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región. De cualquier forma, la cantidad y calidad de los datos analizados nos parece lo suficientemente importante como para defender que las conclusiones extraídas son representativas.

Tabla 6. *Motivo de las reclamaciones.*

| Motivo | Total de expedientes considerados |
|---------------------|-----------------------------------|
| Problema quirúrgico | 25 |
| Problema protésico | 26 |
| Problema económico | 5 |
| Otros | 4 |
| Totales | 60 |

6.2 Perfil del profesional.

Llama la atención el hecho de que los profesionales que han llevado a cabo el tratamiento, excepto en 3 casos, han sido únicamente hombres, lo cual es digno de reseñar. En el año 2005, un 51% de los colegiados en la I Región eran mujeres.⁹ La Sociedad Española de Implantología nos informó que en junio de 2005, sólo el 15,45% de sus socios eran mujeres. Estos datos nos indican cómo, a pesar de constituir las mujeres más de la mitad de los colegiados de la Primera Región, la cirugía parece recaer en los hombres mayoritariamente.

No ha sido posible determinar la edad de los profesionales implicados en estas reclamaciones, en parte debido a las reticencias de los profesionales a dar datos y también debido a la necesidad de no quebrantar la ley de protección de datos.

6.3 Perfil del paciente.

Es llamativo ver que la gran mayoría de las reclamaciones efectuadas a la Comisión Deontológica del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región que han sido incluidas en nuestro estudio han sido puestas por mujeres, probablemente porque sean las principales demandantes de este tipo de tratamientos. En otros estudios revisados, la relación con el sexo no es muy precisa, aunque en alguno de ellos se precisa que más de la mitad de pacientes en los que aparece alguna complicación son mujeres.¹⁰



6.4. **Ámbito de asistencia.**

En cuanto al ámbito de la asistencia, la mayoría de las reclamaciones han sido presentadas por tratamientos realizados en consultorios privados, seguidos de sociedades mercantiles, seguros de asistencia dental y franquicias, en ese orden. Se aprecia una clara tendencia a disminuir lo que se considera sector privado para aumentar lo que se ha denominado "entidades". En solo seis años, el porcentaje de quejas provenientes de estas "entidades" se ha más que duplicado y en el año 2002 prácticamente suponían el 40% del total.⁸

Los datos obtenidos para la Implantología correspondientes a los años 2003, 2004 y 2005 muestran que de los 60 expedientes que contienen esta información, en 40 de ellos, lo que corresponde al 66,6%, el tratamiento se realizó en clínicas "no propiedad de dentistas".

Estos datos concuerdan con los datos generales de demandas odontológicas hechas públicas por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. En el año 2004, más del 71% de las quejas recibidas en la Comisión Deontológica provenían de clínicas no propiedad de dentistas.⁸

6.5 **Tipo de tratamiento.**

En el tipo de tratamiento realizado se equiparan más o menos las quejas en cuanto a prótesis fija completa superior implantosoportada, fija parcial implantosoportada e implante unitario, por encima de las sobredentaduras inferiores y lejos de la prótesis fija completa inferior implantosoportada y las sobredentaduras superiores. Esto contradice en parte a lo que se preconiza en los estudios consultados, en los que el menor índice de fracasos se obtiene en los implantes unitarios intercalares,¹¹ pero contamos con que puede haber sesgo debido al tamaño de la muestra. El mayor número de fracasos, según los estudios consultados, se encuentra en el maxilar superior, frente a la mandíbula;^{12, 13} los resultados de nuestra muestra son extrapolables a éstos. Sería interesante poder comprobar si los casos más reclamados se corresponden con los que más se realizan, pero no ha sido posible acceder a estos datos, y menos circunscritos al ámbito territorial que abarca el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región.

6.6. **Motivo de la reclamación.**

Como ya se mencionó en el apartado de metodología, es muy difícil determinar el motivo exacto de la reclamación. Por un lado se entremezclan problemas técnicos con aspectos personales en la relación dentista-paciente. Y por otro lado, dentro de las motivaciones técnicas, determinar si la

causa se debe a un problema en el procedimiento quirúrgico o en la rehabilitación protésica es casi siempre difícil y, en ocasiones, imposible. Es evidente que, con mucha frecuencia, el fracaso en la rehabilitación protésica se deba a la defectuosa colocación de los implantes y que un fracaso en la integración de un implante pueda ser debido a un defectuoso ajuste oclusal de la prótesis. Aunque este estudio no ha podido determinar las causas hasta ese punto, hemos intentado diferenciar los motivos más evidentes según los criterios enunciados con anterioridad en la metodología.

Los problemas protésicos son los que más demandas generan en nuestro estudio (43,3%), ya que engloban déficits estéticos y funcionales de las prótesis, además del descentado o aflojamiento repetido de los elementos de las mismas, abarcando así un gran número de posibilidades de reclamaciones. Los problemas quirúrgicos (41,6%) se deberían a una falta de osteointegración del implante por cualquiera de las causas descritas anteriormente, ya sean imputables al mismo acto quirúrgico o al propio paciente. También se incluirían dentro de los problemas quirúrgicos las complicaciones intraoperatorias y las secuelas posteriores (daños en trayectos de troncos nerviosos, seno maxilar, etc).

Hemos contemplado también las reclamaciones motivadas exclusivamente por problemas económicos de diverso tipo (8,3%), y los casos en los que ha sido imposible determinar la causa de fracaso del tratamiento (6,6%). Estos son los casos en los que se ha producido el fracaso de uno o varios implantes y ha transcurrido más de un año desde la carga protésica de los mismos, siendo imposible determinar el papel de un posible desajuste oclusal, falta de higiene por parte del paciente, etc.

7. **CONCLUSIONES**

De todo lo anteriormente expuesto podemos deducir las siguientes conclusiones:

- 1- Las reclamaciones referentes a la Implantología oral están experimentando un aumento muy considerable. De ser muy escasas, han pasado a ser la segunda área más reclamada, con un 12,65% de las reclamaciones presentadas en el año 2004.
- 2- Los profesionales reclamados son en un 95% hombres, no estando ese número en relación con el número de colegiados varones que corresponde, aproximadamente, a 49% de los colegiados actualmente.
- 3- Los reclamantes son mayoritariamente mujeres, en un 71,6% de los casos. Este dato está en relación con los datos disponibles sobre asistencia odontológica.



4- Los tratamientos implantológicos reclamados se efectúan mayoritariamente en clínicas no pertenecientes a profesionales: sociedades mercantiles, franquicias y seguros de asistencia dental, en un 66,66%. Estos datos coinciden con las variaciones que se están produciendo en la asistencia bucodental en general.

5- En lo referente al motivo técnico de la reclamación, los problemas protésicos son los más frecuentes, con un 43,33% de los casos, pero en número prácticamente igual a los quirúrgicos, con un 41,66%. ➤

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bertrand L. *La implantología en cifras: un mercado inmaduro*. Gaceta Dental. 2005; 161: 114-118.
2. Vega JM, Perea B. *Monografía de reclamaciones durante el periodo 1996-2002*. Comisión Deontológica. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región. Madrid. 2003.
3. Perea B. *Responsabilidad profesional en odontoestomatología: concepto, definiciones y evolución actual*. Profesión Dental. 2001; 5:20-23.
4. Perea B, Berrocal A y Sánchez A. *Consentimiento informado en odontoestomatología: la información sobre los riesgos y las características del documento*. Prof. Dent. 2005; vol. 8 nº2: 79-83.

5. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274 (15-11-2002): 40126-40132.
6. Perea B, Berrocal A y Sánchez A. *Consentimiento informado en odontoestomatología: concepto, obligación y clases*. Prof. Dent. 2005; vol. 8 nº1: 17-20.
7. NVega JM. *Estudio de las quejas presentadas en la Comisión Deontológica del Colegio de la 1ª Región (periodo 1982-1997)*. Monografía. Madrid. 1998.
8. Perea B y cols. *Estudio sobre el aumento de las reclamaciones de pacientes odontológicos y su relación con el cambio de modelo de asistencia dental*. Científica Dental 2006; vol. 2; 3:187-192.

9. *Memoria 2005*. Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región. Madrid, 2006.
10. Bert M. *Complicaciones y fracasos en implantes osteointegrados*. Barcelona: Masson, 1995.
11. Sada Moreno E. *Análisis de mil implantes Klockner*. Implantes 1995; 2: 71-76
12. Kronstrom M, et al. *Early implant failures in patients treated with Branemark System Titanium Dental Implants: a retrospective study*. Int J Oral Maxill Implants 2001; 16 (2): 201-207.
13. Quirynen M, et al. *A study of 589 consecutive implants supporting complete fixed prostheses*. Part I: Periodontal aspects. J Prost Dent 1992; 68: 655-663.