

# Influencia de los implantes osteointegrados en la calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes (parte II)

González Sánchez I<sup>1</sup>, González Conde J<sup>2</sup>.

## RESUMEN

**Justificación.** Actualmente, la implantología como método de rehabilitación oral presenta unos resultados altamente predecibles. Existen muchos estudios sobre el porcentaje de éxito de los implantes dentales, pero pocos acerca de la calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes.

**Objetivo.** Medir la calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes tratados con implantes dentales pasados, al menos, dos años de finalizar su periodo de rehabilitación protésica.

**Material y método.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en 171 pacientes tratados con implantes dentales entre los años 2004 y 2016. Para realizar el análisis de la calidad de vida relacionada con la salud oral de estos pacientes con el tratamiento con implantes dentales utilizamos el cuestionario OHIP-14sp.

**Resultados.** Se observó una mejora significativa de la calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes después del tratamiento con implantes dentales.

**Conclusiones.** El tratamiento odontológico con implantes dentales tiene un efecto positivo en la calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes, aunque esta puede estar afectada por las limitaciones funcionales y el dolor físico. El 98,25 % de los pacientes ha manifestado que los implantes osteointegrados no solo han mejorado su calidad de vida relacionada con la salud oral, sino que han satisfecho todas sus previsiones estéticas y funcionales.

**Palabras clave:** implantes dentales, calidad de vida relacionada con la salud oral.

## ABSTRACT

**Justification.** Nowadays, implantology is an oral rehabilitation method that presents highly predictable results. There are many studies on the success rate of dental implants, but few on the patients' oral health-related quality of life.

**Objective.** Measure the oral health-related quality of life in patients with dental implants after the completion of the prosthetic rehabilitation.

**Materials and methods.** An observational, descriptive, longitudinal and retrospective study was carried out in 171 patients treated with dental implants between 2004 and 2016. The OHIP-14sp questionnaire was used to perform the analysis of these patients' oral health-related quality of life.

**Results.** A significant improvement on the patients' oral health-related quality of life was observed after the treatment with dental implants.

**Conclusions.** Treatment with dental implants has a positive effect on the patients' oral health-related quality of life, but this may be affected by functional limitations and physical pain. 98.25% of the patients in our study stated that dental implants not only have improved their oral health-related quality of life, but they also have satisfied all their aesthetic and functional expectations.

**Keywords:** dental implants, oral health-related quality of life.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años las indicaciones, limitaciones y contraindicaciones de la implantología oral han sufrido una profunda transformación conceptual. La evolución clínica, diagnóstica, quirúrgica y tecnológica de esta parte fundamental de la odontología moderna, ha

propiciado la aparición de nuevos paradigmas que no sólo han renovado la predictibilidad de los tratamientos, sino que, sobre todo, han transformado el concepto clásico de la osteointegración<sup>1,2,3</sup>.

Actualmente, ya nadie puede dudar de que la utilización de implantes dentales osteointegrados en la rehabilitación oral es la opción terapéutica más ergonómica, predecible y duradera que podemos utilizar para reemplazar un diente que se ha perdido a nivel del hueso maxilar o mandibular<sup>4,5</sup>.

Sabemos que nuestra boca, participa en funciones fisiológicas indispensables para el ser humano, tales

<sup>1</sup>Licenciada en Odontología, Doctora en Odontología. Universidad de Santiago de Compostela.

<sup>2</sup>Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Estomatología. Universidad de Santiago de Compostela.

Correspondencia: Inés González Sánchez  
Correo electrónico: ines@clinicagonzalezconde.es  
<https://clinicagonzalezconde.es>

como la alimentación, la fonación y la comunicación. Las enfermedades bucodentales influyen en la calidad de vida y afectan a diversas actividades cotidianas como la masticación, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo<sup>6,7</sup>. Una de las consecuencias de la deficiente salud oral es la pérdida de los dientes naturales, que hace que los individuos limiten el tipo de alimentos que consumen diariamente, introduciendo una dieta blanda y evitando alimentos difíciles de masticar<sup>8,9</sup>. Esto se traduce en una alimentación deficiente, ya que los alimentos que se evitan con mayor frecuencia son ricos en proteínas y fibra. La pérdida de los dientes naturales incide también en la autoestima y en la comunicación con las demás personas, esta última circunstancia por alteraciones de la fonación y por las consiguientes limitaciones estéticas<sup>10</sup>.

La Organización Mundial de la Salud define la salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que puedan afectar a la boca, la cavidad bucal y los dientes. La salud oral es un elemento importante de la salud general y de la calidad de vida de los individuos<sup>11,12</sup>. Además, la Organización Mundial de la Salud manifiesta que el estado de salud oral tiene repercusiones en la salud general del individuo y en su calidad de vida, lo que da lugar al concepto de calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO). Este concepto puede convertirse en una herramienta que permita comprender el comportamiento del paciente desde una perspectiva más amplia dentro de la práctica clínica. Por esta razón los resultados de los estudios realizados al respecto nos deben permitir conocer la influencia real y las consecuencias a medio y corto plazo de la salud y la estética oral<sup>13</sup>.

La percepción del paciente resulta importante cuando se evalúa la necesidad de tratamiento, la planificación y la espera de un adecuado resultado clínico en nuestras consultas. Es importante determinar las causas reales por las cuales los pacientes solicitan un determinado tratamiento odontológico y en qué medida esta decisión afecta a su calidad de vida<sup>14</sup>.

Medir la calidad de vida según el estado bucodental del paciente resulta subjetivo al estar influenciado por distintos factores que no pueden ser observados de manera directa como son, entre otros, el tipo de personalidad o el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Los indicadores epidemiológicos en odontología utilizan observaciones clínicas "objetivas" de los problemas orales, pero no ofrecen información acerca del bienestar de las personas ni de la capacidad de estas para llevar a cabo sus deseos. Tampoco ofrecen información acerca de la satisfacción de las personas al realizar actividades habituales de la vida diaria como masticar, hablar o dormir<sup>15</sup>. Por ello se han desarrollado

instrumentos que permiten evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral con un enfoque más objetivo<sup>16</sup>.

Existen múltiples cuestionarios para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral, entre los que destacan el *Social impact of dental disease*<sup>17</sup>, el *Oral Impacts on Daily Performance*<sup>18</sup>, el *Dental Impact Profile*<sup>19</sup>, el *Dental Health Index*<sup>20</sup> o el *Oral Health Impact Profile (OHIP)*<sup>21,22</sup>, siendo este último el que decidimos emplear en la realización de nuestro trabajo.

En España hay numerosos estudios sobre la tasa de éxito de los implantes dentales, pero pocos trabajos sobre calidad de vida relacionada con la salud oral. De ahí surge nuestro planteamiento. Debemos escuchar a nuestros pacientes y que sean ellos los que nos guíen en el futuro a la hora de realizar los tratamientos con la mayor comodidad y bienestar general para los mismos.

## OBJETIVOS

1. Analizar el cuestionario OHIP-14sp utilizado en nuestro estudio y, en base a ello, determinar cómo es la calidad de vida relacionada con la salud oral de nuestros pacientes tratados con implantes dentales, al menos dos años después de finalizar su periodo de rehabilitación protésica.
2. Determinar los principales factores que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes tras la realización de la técnica quirúrgica de implantes.
3. Determinar las principales limitaciones que encuentran los pacientes al realizarse tratamientos con implantes dentales osteointegrados.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño del estudio

Realizamos un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo con pacientes tratados con implantes dentales en la Unidad Docente de Cirugía Oral de la Universidad de Santiago de Compostela y en clínicas y policlínicas dentales de las provincias de A Coruña y Cádiz entre los años 2004 y 2016. El objetivo de nuestro estudio es la observación y el registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de los mismos, realizando mediciones a lo largo del tiempo en base a hechos pasados.

La selección de pacientes la hicimos en función de los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con una edad superior a dieciocho años.
- Pacientes edéntulos totales o parciales rehabilitados con implantes dentales.
- Pacientes que acuden a sus revisiones periódicas y de mantenimiento en la clínica dental.
- Pacientes que no presentan conflictos de intereses con los profesionales.

JOSÉ MANUEL CIFUENTES MARTÍNEZ, PRESIDENTE DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA,

**INFORMA:**

Que el proyecto de investigación: "Evaluación clínica de la relación existente entre salud oral y calidad de vida en pacientes portadores de implantes osteointegrados", del que es Investigadora principal Dña. Inés González Sánchez, ha sido examinado por el Comité de Bioética de esta Universidad, cumpliendo su protocolo experimental los requisitos éticos exigidos.

Este documento no exime de la obtención de permisos o autorizaciones y el cumplimiento de otras normativas de aplicación.

Lugo, 9 de mayo de 2017.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO**

El presente estudio, cuyo título es "Evaluación clínica entre los implantes osteointegrados y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes", pretende evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes sometidos a tratamientos con implantes dentales, ya sean implantes unitarios o rehabilitaciones totales.

Si usted decide participar en el estudio, será sometido a exploración clínica y radiográfica. Esta revisión supone un beneficio para usted, ya que, en caso de que existan problemas, se pueden identificar de forma temprana y mejorar el pronóstico de su tratamiento.

El tratamiento será siempre terapéuticamente correcto y no se modificará por participar en la investigación. No se realizará ninguna intervención diferente de la conducta médica habitual.

Se le pedirá también que rellene un cuestionario sobre su calidad de vida, así como un cuestionario de calidad de vida oral en relación al tratamiento con implantes dentales.

Su participación en el estudio es voluntaria. Puede rechazar participar o decidir abandonarlo en cualquier momento sin tener que dar ninguna razón para ello, y sin que esto altere su relación con el equipo terapéutico, ni se produzca perjuicio en su tratamiento.

La información recogida en este estudio será archivada en ordenador. Los resultados del estudio pueden ser publicados en la literatura médica, pero su nombre y sus datos médicos y/o personales no serán difundidos en ninguna lista. En todo momento, se mantendrá la confidencialidad de la información. Los datos e información obtenidos serán introducidos sin nombres en la base de datos.

Es posible que personas autorizadas de organismos de la Administración Pública estudien sus registros médicos, sin violar la confidencialidad, para comprobar que el estudio ha sido llevado a cabo de forma correcta. Esto sólo puede hacerse si usted da su permiso y, por ello, se entiende que, al firmar este documento de consentimiento informado, usted está otorgando este permiso.

D/Doña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A por el Facultativo/a y considero que he comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento y el estudio. Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para mi inclusión en este estudio, pudiéndome retirar cuando yo quiera, sin tener que dar explicaciones, y sin que eso repercuta en mis cuidados físicos. Y para que así conste, firmo el presente original después de leído.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma participante

Firma investigador

**FIGURA 1.** Informe del Comité de Bioética y consentimiento informado de los pacientes.

- Pacientes de ambos sexos que hayan sido sometidos a tratamientos con implantes dentales y que dichos tratamientos hayan sido finalizados al menos dos años antes de la encuesta.
  - Pacientes que quieren participar en el estudio.
- Y teniendo en cuenta también los siguientes criterios de exclusión:
- Pacientes sometidos a tratamientos con implantes dentales con tratamientos finalizados hace menos de dos años de la encuesta.
  - Pacientes con una edad inferior a dieciocho años.
  - Pacientes diabéticos no controlados o con otras enfermedades no controladas.
  - Pacientes sometidos a tratamiento actual de radioterapia o quimioterapia de cabeza o cuello, o que hayan sido sometidos a este tratamiento hace menos de dos años.
  - Pacientes inmunodeprimidos.
  - Pacientes oncológicos avanzados.
  - Pacientes con alteraciones psiquiátricas o de la personalidad.
  - Pacientes no colaboradores.
  - Pacientes que presentan conflictos de intereses con los profesionales.

Nuestra investigación se realizó siguiendo los principios éticos para investigación médica en seres humanos que incluye la investigación del material humano y de información identificables en la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica en España<sup>23,24</sup>. El protocolo de estudio fue revisado y aprobado por el Comité Bioético para estudios realizados en seres humanos de la Universidad de Santiago de Compostela y todos los pacientes incluidos en el estudio firmaron su consentimiento informado (Figura 1).

**Cuestionario.** Uno de los principales problemas con el que nos hemos encontrado en el diseño y planificación del estudio ha sido elegir, entre todos los existentes, el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud oral que mejor se adaptaba al tipo de estudio que íbamos a realizar.

Finalmente, decidimos emplear en nuestra encuesta el OHIP-14sp para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes. Utilizamos este cuestionario conformado por catorce preguntas para evaluar

**EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE IMPLANTES OSTEointegrados**

Esta encuesta está diseñada con el fin de relacionar los implantes dentales con la calidad de vida y salud de los pacientes.

Se primer lugar, nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted, referentes a **DATOS DEMOGRÁFICOS**. Marque con una cruz la respuesta correcta o contente en el espacio en blanco.

Sexo:  Hombre  Mujer  Otro, especificar cuál: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su estado civil?:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

¿Qué estudios tiene?:  Ninguno  Primario  Secundario  Universitario

¿Cuál es su empleo actual?: \_\_\_\_\_

En segundo lugar, necesitamos **DATOS CLÍNICOS** referentes a su salud:

¿En la actualidad, está enfermo/a?:  Sí  No

Si tiene alguna enfermedad, ¿cuál es?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?:  0  1  2  3  >3

Medidas de higiene oral:  Cepillo eléctrico  Cepillo manual  Colutorio  Seda Dental  Irrigador

A continuación, hay una serie de **DATOS CLÍNICOS** que serán cubiertos por el profesional.

Causa de las pérdidas de los dientes:  Periodontitis  Caries  Traumatismo

Número de implantes presentes en boca: \_\_\_\_\_

Año de colocación de los implantes: \_\_\_\_\_

Técnica empleada para colocar los implantes:  Cirugía guiada  Cirugía convencional

Marca comercial de los implantes: \_\_\_\_\_

Posición de los implantes: \_\_\_\_\_

Diámetro de los implantes (mm): \_\_\_\_\_

Longitud de los implantes (mm): \_\_\_\_\_

Tipo de carga usada al colocar la rehabilitación protésica sobre los implantes:  Inmediata  Temporal  Convencional  Total

Sistema de fijación protésica:  Atornillado  Cementado

Tipo de rehabilitación protésica:  Implante unitario  Puente sobre implantes  Sobredentadura con locar  Sobredentadura con barra  Prótesis híbrida  Prótesis fija completa sobre implantes

Presencia de perimplantitis:  Sí  No

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL**

Instrucciones: Este cuestionario es similar al anterior pero, en este caso, nos permite conocer su opinión acerca de su calidad de vida relacionada con su salud oral. Por favor conteste todas las preguntas. Lea la pregunta y haga una cruz sobre el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
1 ¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
2 ¿Ha sentido que el sabor de los alimentos empeoró debido a problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
3 ¿Ha sentido dolor en su boca con sus nuevos implantes?	0	1	2	3	4
4 ¿Ha encontrado dificultad comer algún alimento por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
5 ¿Ha estado preocupado por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
6 ¿Ha estado limitado por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
7 ¿Ha tenido una dieta insatisfactoria por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
8 ¿Ha sentido que interrumpe alguna comida por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
9 ¿Ha encontrado dificultad para dormir o descansar por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
10 ¿Ha estado avergonzado por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
11 ¿Ha estado un poco tímido con sus otros por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
12 ¿Ha tenido dificultad para realizar actividades diarias por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
13 ¿Ha sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4
14 ¿Se ha sentido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias por problemas con sus implantes?	0	1	2	3	4

Ahora, nos gustaría conocer su evaluación del tratamiento actual.

	Pésimo	Malo	Regular	Buena	Muy buena
19 Indique su valoración actual de la prótesis que se le ha colocado sobre los implantes	1	2	3	4	5
20 ¿Qué opina del resultado del tratamiento con implantes?	1	2	3	4	5

¿Pensó que el tratamiento con implantes iba a durar menos tiempo?  Sí  No En caso de haber contestado que Sí, conteste la siguiente pregunta:

	Pésimo	Malo	Regular	Buena	Muy buena
¿Qué opina del resultado del tratamiento con implantes?	1	2	3	4	5

¿Han merecido la pena el dinero y el tiempo invertidos en la realización del tratamiento con implantes dentales?  Sí  No

¿Volvería a realizarse este tratamiento?  Sí  No Si ha contestado que NO, ¿volvería a hacerse el mismo tratamiento con otro profesional?  Sí  No

Gracias por su ayuda

FIGURA 2. Encuestas entregadas a los pacientes.

el impacto que tiene la percepción de la salud oral de los pacientes incluidos en este estudio en su calidad de vida diaria. Este cuestionario es considerado la medida de salud oral más completa y sofisticada a la hora de analizar la satisfacción de los pacientes. El OHIP-14sp se utiliza habitualmente para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral y ofrece unos resultados estadísticamente significativos<sup>25</sup>. Además, a diferencia de otros cuestionarios para valorar la calidad de vida relacionada con la salud oral, está traducido al español con una versión validada en la literatura<sup>26</sup>.

La principal ventaja de este cuestionario es que los pacientes que vienen demandando implantes dentales probablemente hayan sufrido problemas psicológicos, funcionales o sociales que no pueden ser detectados por el clínico sin la aportación de un componente subjetivo por parte del paciente como es el OHIP-14sp. Descartamos el uso del OHIP-49 ya que presenta limitaciones para su uso en las investigaciones de los servicios de salud debido a su extensión.

**Estudio poblacional.** En el momento de colocarse los implantes los pacientes no conocían la existencia del estudio ya que todavía no había comenzado. Nuestro estudio comenzó el 14 de octubre de 2016. Cuando los pacientes acudieron a sus visitas de revisión rutinaria, comprobamos si cumplían o no con los criterios de inclusión y exclusión para poder formar parte del estudio. En caso de que el paciente cumpliera con los requisitos para ser incluido en el estudio, el profesional le explicaba de manera verbal y escrita, mediante el consentimiento informado, cuál era la finalidad investigadora del estudio,

así como el procedimiento a seguir en caso de querer participar. A los pacientes que accedían a participar en el estudio les entregábamos un sobre en el que estaba la encuesta que debía cubrir (Figura 2).

Como se trata de una encuesta anónima, el profesional cubría los datos necesarios antes de entregar la encuesta al paciente, pues una vez que el paciente la cubría y la entregaba no era posible saber cuál era su historia médica en la clínica. Además de la encuesta, en el sobre se introducía el consentimiento informado para el tratamiento de los datos personales, la recogida de los datos clínicos y las encuestas con fines investigadores. Cuando el paciente entregaba de nuevo el sobre con la encuesta cubierta, a cada sobre se le asignaba un número que posteriormente sería el que identificaría a ese paciente a la hora de analizar los datos, con el fin de mantener a cada paciente en el anonimato. Las encuestas estaban pensadas para poder ser cubiertas por parte del paciente. No obstante, los profesionales atendieron aquellas dudas que les surgieron a los pacientes respecto a la comprensión de las preguntas del cuestionario. Se entregaron un total de doscientos seis encuestas cuyo objetivo era conocer los datos generales, clínicos y personales de los pacientes que podían influir directamente en la obtención de información acerca de los objetivos de nuestro estudio. De las doscientos seis encuestas entregadas, en base a los criterios de inclusión y exclusión, pudimos validar ciento setenta y una encuestas. Descartamos tres encuestas por ser pacientes que iniciaron un tratamiento con radioterapia hace menos de dos años, siete encuestas por ser pacientes que no habían firmado el

consentimiento informado, trece encuestas por no haber contestado a todas las preguntas y doce encuestas porque los pacientes nunca nos las devolvieron cubiertas.

Por lo tanto, la población final estudiada la constituyeron ciento setenta y un pacientes, noventa y tres hombres y setenta y ocho mujeres, mayores de treinta y seis años y menores de setenta y dos años, tratados con implantes dentales en la Unidad Docente de Cirugía Oral de la Universidad de Santiago de Compostela y en clínicas y policlínicas dentales de las provincias de A Coruña y Cádiz entre los años 2004 y 2016.

**Evaluación radiográfica.** El día de la consulta, a los pacientes se les realizó una radiografía panorámica digital (*Orthophos XG Plus DS Ceph de Sirona*) y ese mismo día se les entregó la encuesta.

El objetivo de esta ortopantomografía era comprobar el estado del hueso adyacente al implante y poder valorar así la presencia o ausencia de periimplantitis alrededor de los implantes dentales.

**Análisis estadístico.** Los datos se analizaron mediante el programa *IBM SPSS Statistics 25.0* para *Windows*. En cuanto al cuestionario OHIP-14sp, está compuesto por catorce preguntas que se dividen en siete dimensiones: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. En primer lugar, calculamos la puntuación de cada una de las dimensiones del OHIP-14sp. Para ello hicimos la suma de cada una de las dos respuestas que componen esas dimensiones: limitación funcional (pregunta uno + pregunta dos), dolor físico (pregunta tres + pregunta cuatro), malestar psicológico (pregunta cinco + pregunta seis), incapacidad física (pregunta siete + pregunta ocho), incapacidad psicológica (pregunta nueve + pregunta diez), incapacidad social (pregunta once + pregunta doce) y minusvalía (pregunta trece + pregunta catorce).

Por otro lado, calculamos la puntuación global del OHIP-14sp. Para ello sumamos las puntuaciones de las catorce respuestas, de manera que obtuvimos una puntuación general entre cero (no impacto) y cincuenta y seis (impacto). Cuanto mayor sea la puntuación total, mayor será el impacto negativo en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral que tiene el paciente.

## RESULTADOS

De los ciento setenta y un pacientes que participaron en el estudio, noventa y tres eran hombres (54,39%) y setenta y ocho eran mujeres (45,61%), con una edad media de 56,93 años (DE=9,56). El lugar de residencia de los pacientes era Santiago de Compostela (33,92%), A Coruña (56,14%) y Cádiz (9,94%). En la muestra estudiada en base al estado civil de los pacientes obtuvimos una distribución de ciento veintiséis pacientes (73,68%)

que estaban casados, veintiún pacientes (12,28%) que estaban divorciados y veinticuatro pacientes (14,04%) que estaban solteros.

Por lo que respecta al nivel de estudios de los pacientes participantes en nuestro trabajo, obtuvimos una distribución de doce pacientes (7,02%) con estudios primarios, cincuenta y siete pacientes (33,33%) con estudios secundarios y ciento dos pacientes (59,65%) con estudios universitarios. La variable empleo tuvo una distribución de 138 pacientes trabajadores activos y 33 pacientes jubilados.

La variable empleo actual tuvo una distribución de ciento treinta y ocho pacientes (80,7%) trabajadores activos y treinta y tres pacientes (19,3%) jubilados.

Por lo que respecta a la enfermedad en la muestra estudiada tuvo una distribución de ciento cuarenta y cuatro pacientes (84,21%) que estaban sanos y veintisiete pacientes (15,79%) que estaban enfermos.

Al analizar el hábito de cepillado entre los pacientes que formaban el total de la muestra de nuestro estudio obtuvimos una frecuencia de nueve pacientes (5,26%) que se cepillaban una vez al día, treinta y nueve pacientes (22,81%) que se cepillaban dos veces al día, ciento once pacientes (64,91%) que se cepillaban tres veces al día y doce pacientes (7,02%) que se cepillaban más de tres veces al día.

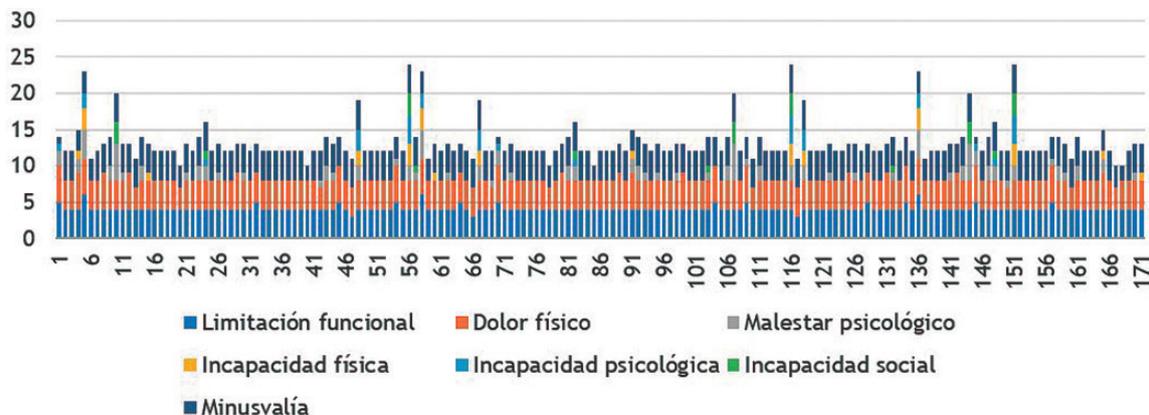
En el análisis de las medidas de higiene oral de la muestra estudiada (*Tabla 1*) nos encontramos con cincuenta y un pacientes (29,82%) que utilizaban colutorio y ciento veinte pacientes (70,18%) que no lo utilizaban.

Medidas de higiene oral		Frecuencia	
Colutorio	Total		51
	Irrigador	Total	3
		Seda dental	3
	No irrigador	Total	48
		No seda dental	24
		Seda dental	24
No colutorio	Total		120
	Irrigador	Total	27
		No seda dental	15
		Seda dental	12
	No irrigador	Total	93
		No seda dental	51
Seda dental		42	
Total general			171

**TABLA 1**

Por lo que respecta al análisis de la causa de las pérdidas de los dientes de los pacientes de nuestro estudio, observamos que ciento veinte pacientes (69,75%) habían perdido los dientes por caries, cuarenta y dos pacientes (25,95%) habían perdido los dientes por periodontitis y nueve pacientes (4,3%) habían perdido los dientes a consecuencia de un traumatismo.

En cuanto al número de implantes presentes en la boca de nuestros pacientes fue de doscientos setenta y seis



GRÁFICA 1. Análisis global del OHIP-14sp.

implantes colocados en los noventa y nueve pacientes que formaban la muestra de nuestro estudio (Tabla 2). En cuanto al análisis de la longevidad de los implantes presentes en la boca de los pacientes de nuestro estudio, el valor medio fue de 7,25 años (DE=3,14). Además, quinientos veintidós implantes (96,67%) no tenían periimplantitis, mientras que dieciocho implantes (3,33%) sí que tenían periimplantitis.

Nº implantes	Frecuencia	Implantes totales
1	51	51
2	42	84
3	18	54
4	18	72
5	9	45
6	9	54
7	15	105
8	6	48
9	3	27
<b>Total general</b>	<b>171</b>	<b>540</b>

TABLA 2

Por lo que respecta a la carga empleada al colocar la rehabilitación protésica sobre los implantes se obtuvo la siguiente distribución de frecuencias: doce implantes (2,22%) se colocaron mediante carga inmediata y quinientos veintiocho implantes (97,78%) se colocaron mediante carga convencional.

Al realizar el análisis del cuestionario OHIP-14sp obtuvimos una media de 13,12 (DE±2,6) en los pacientes de nuestro estudio, lo que supone que su calidad de vida relacionada con la salud oral era buena (Tabla 3).

OHIP-14sp	Frecuencia	Media	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
Limitación funcional	171	4,09	0,39	6	3
Dolor físico	171	4,09	0,43	5	3
Malestar psicológico	171	0,61	1,06	5	0
Incapacidad física	171	0,18	0,62	3	0
Incapacidad psicológica	171	0,19	0,71	4	0
Incapacidad social	171	0,14	0,58	3	0
Minusvalía	171	3,82	0,53	4	1
<b>OHIP-14sp total</b>	<b>171</b>	<b>13,12</b>	<b>2,6</b>	<b>24</b>	<b>10</b>

TABLA 3

En concreto, las dimensiones limitación funcional (media 4,09 – DE ±0,39), dolor físico (media 4,09 – DE ±0,43) y minusvalía (media 3,82 – DE ±0,53) fueron las que tuvieron un mayor impacto en esa mejor calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes de nuestro estudio. Por otra parte, las dimensiones malestar psicológico (media 0,61 – DE ±1,06), incapacidad física (media 0,18 – DE ±0,62), incapacidad psicológica (0,19 – DE ±0,71) e incapacidad social (media 0,14 – DE ±0,58) fueron las que presentaron un menor impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral de nuestros pacientes; de hecho, hay pacientes en los que estas cuatro dimensiones no tuvieron ningún impacto (Gráfica 1).

Por último, analizamos los datos correspondientes al apartado final de la encuesta para conocer la satisfacción de los pacientes en cuanto al tratamiento global con implantes dentales y el dinero y el tiempo invertidos en dicho tratamiento. De los ciento setenta y un pacientes incluidos en este estudio, tres pacientes (1,75%) opinaban que el resultado de la prótesis final sobre los implantes era regular, cincuenta y un pacientes (29,82%) opinaban que el resultado era bueno y ciento diecisiete pacientes (68,42%) opinaban que el resultado final de la prótesis sobre los implantes era muy bueno. Además, cincuenta y un pacientes (29,82%) pensaban que el tratamiento con implantes iba a durar menos tiempo del que duró, mientras que ciento veinte pacientes (70,18%) afirmaban que el tiempo de duración del tratamiento había sido el esperado. A los cincuenta y un pacientes que opinaban que el tratamiento con implantes iba a durar menos de lo que finalmente duró, les preguntamos qué opinaban acerca del resultado final del tratamiento, a pesar de haber sido más largo de lo esperado. Tres pacientes (5,88%) pensaban que el resultado final del tratamiento había sido regular, veintiún pacientes (41,18%) pensaban que el resultado final del tratamiento había sido bueno, y veintisiete pacientes (52,94%) pensaban que el resultado final obtenido con el tratamiento había sido muy

bueno. A los ciento setenta y un pacientes que formaban parte de nuestro estudio les preguntamos si en su opinión habían merecido la pena el tiempo y el dinero invertidos en el tratamiento con implantes dentales. Tres pacientes (1,75%) opinaban que no habían merecido la pena el tiempo y el dinero invertidos en el tratamiento con implantes dentales, mientras que ciento sesenta y ocho pacientes (98,25%) opinaban que sí habían merecido la pena.

A todos los pacientes les preguntamos si volverían a repetirse el tratamiento con implantes dentales, a lo que ciento sesenta y ocho pacientes (98,25%) respondieron que sí. Sin embargo, hubo tres pacientes (1,75%) que no estaban dispuestos a realizarse de nuevo el tratamiento con implantes dentales. A esos tres pacientes que respondieron que no se repetirían el tratamiento con implantes dentales se les hizo una última pregunta acerca de si se lo repetirían en caso de que lo hiciese otro profesional, y respondieron que tampoco se lo realizarían de nuevo en ese caso.

## DISCUSIÓN

La autoestima y el bienestar individual se pueden ver afectados por diversos trastornos y alteraciones de la cavidad oral, como es la pérdida de uno o varios dientes<sup>27</sup>. Esta afirmación es una de las bases del concepto de calidad de vida relacionada con la salud oral, que pretende desde un punto de vista más amplio y multidisciplinar establecer las claves actuales y futuras que vinculan la percepción de nuestra salud oral con nuestro concepto individual de calidad de vida.

Cuando los resultados alcanzados por un tratamiento dental a medio o largo plazo no alcanzan los objetivos predeterminados por el paciente, se produce un importante impacto sobre su calidad de vida que debe ser valorado y valorable en los programas de salud oral global<sup>28</sup>. Sin embargo, es cierto que es muy complejo establecer los factores reales que influyen en el éxito de un tratamiento, ya que la calidad de vida, así como la percepción del fracaso en implantología oral, es totalmente subjetiva e individual.

Actualmente existen más de veinte mil publicaciones en el área de la implantología oral en humanos, pero sólo una pequeña parte valora de una manera específica la opinión del paciente al finalizar el tratamiento<sup>29</sup>. En concreto, de un total de ochenta y dos revistas científicas indexadas en odontología disponibles en el *Journal Citation Reports (JCR)*, solo el 0,2% de los artículos establece la relación entre la calidad del tratamiento odontológico y la calidad de vida oral de los pacientes<sup>30</sup>. El grupo de pacientes encuestado en nuestro estudio constituye una muestra representativa que nos permite analizar el tipo de pacientes que deciden realizarse tratamientos con implantes dentales. Además, nos ha

permitido evaluar la repercusión que la utilización de los implantes dentales tiene en la calidad de vida de los pacientes, que es en definitiva el objetivo inicial de nuestro trabajo.

Si observamos los datos obtenidos en nuestro estudio en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud oral en función del empleo, comprobamos que se trata de un factor decisivo para que el paciente pueda acceder a costearse un tratamiento que, en la mayoría de los casos, se realiza en el ámbito sanitario privado y no en el público. Si analizamos los datos obtenidos en la última encuesta nacional de condiciones de trabajo en España<sup>31</sup>, observamos como la mitad de los encuestados opina que el trabajo no afecta a su salud y sólo un 8% dice que afecta de manera positiva; por otro lado, un 37% opina que la influencia del trabajo en su salud es negativa. Además, un 55% de los encuestados indica que su salud es buena y un 23% indica que su salud es muy buena; en resumen, más de tres de cada cuatro trabajadores opina que su salud es óptima. Estos datos concuerdan con los obtenidos en nuestro estudio según los cuales la calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes trabajadores activos es buena.

Los datos proporcionados por el Consejo de Dentistas de España<sup>32</sup> nos muestran como la caries y la enfermedad periodontal son dos de las causas más habituales de la pérdida de los dientes en la población española. Si analizamos el *Libro Blanco de la Implantología en España*<sup>33</sup>, vemos como la enfermedad periodontal es la causa por la que un paciente necesita colocarse un implante en el 48,1% de los casos, la caries lo es en el 27,8% de los casos y los traumatismos lo son en el 9,4% de los casos; también hay veces en la que los implantes se colocan por otras causas, como son las agenesias, pero no es el caso de ninguno de los pacientes de nuestro estudio. En nuestro caso 69,7% de los pacientes habían perdido los dientes por caries, el 24,24% habían perdido los dientes por periodontitis y el 6,06% habían perdido los dientes a consecuencia de un traumatismo, siendo estos los tres motivos por los que los pacientes de nuestro estudio tuvieron que colocarse implantes dentales.

Sabemos que, según los datos del último *Libro Blanco del Consejo General de Colegios de Dentistas de España*<sup>34</sup>, un 21% de los pacientes no acuden a la consulta por una limitación económica. Es por ello por lo que, para muchos pacientes, acudir al odontólogo y realizarse ciertos tratamientos más costosos, como es el caso de los implantes dentales, supone un gran esfuerzo. Según los datos obtenidos en el *Libro Blanco de la Implantología en España*<sup>35</sup> el coste de un implante dental es el factor de mayor importancia a la hora de que un paciente renuncie a colocarse un implante dental, mientras que el riesgo físico que supone es el factor al que se le da una menor importancia. Al finalizar nuestro estudio, les

preguntamos a nuestros pacientes si consideraban que habían merecido la pena el tiempo y el dinero invertidos en el tratamiento con implantes dentales y sólo el 3,03% de los pacientes contestaron que no.

Mientras que antes el único objetivo del clínico era lograr la osteointegración de los implantes, cada día se le da más importancia al impacto social y psicológico del tratamiento, así como a la relación coste-beneficio y lo que es más importante, a las expectativas individuales de cada paciente<sup>36</sup>. Otra de las preguntas que les hicimos a los pacientes de nuestro estudio al finalizar el tratamiento con implantes dentales es si pensaban que el tratamiento con implantes iba a durar menos tiempo, a lo que un 30,03% de los pacientes respondieron que sí, mientras que el 69,7% de los pacientes afirmaron que la duración del tratamiento con implantes dentales había sido la esperada. A los pacientes que respondieron que pensaban que el tratamiento con implantes dentales iba a ser menos duradero les preguntamos por su opinión acerca del resultado final del tratamiento, a pesar de haber sido más largo de lo esperado, y un 40% de los pacientes opinaban que el resultado del tratamiento era muy bueno, un 60% de los pacientes opinaban que el resultado del tratamiento era bueno. Con todo, parece que en general el tratamiento con implantes dentales ha cumplido con las expectativas de nuestros pacientes, ya que sólo el 3,03% de nuestros pacientes no volvería a realizarse un tratamiento con implantes dentales. Estos datos concuerdan con los obtenidos en el *Libro Blanco de la Implantología en España*<sup>33</sup>, según los cuales el 60% de los pacientes que se someten a tratamientos con implantes dentales están muy satisfechos con el resultado del implante y repetirían la experiencia. De hecho, la implantología es hoy en día una de las técnicas quirúrgicas más fiables y que más satisfacciones aporta a los pacientes que acuden a las clínicas dentales.

Una vez analizados los resultados del cuestionario OHIP-14sp utilizado en nuestro estudio, nos encontramos con que los pacientes tienen una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud oral después del tratamiento con implantes dentales. A pesar de todo, los resultados de este estudio deben interpretarse con cierta cautela ya que están limitados por el componente subjetivo de los pacientes al responder a los cuestionarios, así como por las características sociodemográficas de la muestra<sup>37</sup>.

## CONCLUSIONES

En congruencia con los objetivos planteados en este trabajo de investigación, hemos formulado las siguientes conclusiones:

1. En base al cuestionario OHIP-14sp utilizado en nuestro estudio, después del tratamiento con implantes dentales, los pacientes mejoran su calidad de vida relacionada con la salud oral, aunque esta puede verse

afectada por las limitaciones funcionales y el dolor físico.

2. El 96,97% de los pacientes de nuestro estudio ha manifestado que los implantes dentales osteointegrados no solo han mejorado su calidad de vida relacionada con la salud oral, sino que han satisfecho todas sus previsiones estéticas y funcionales.
3. El 30,30% de los pacientes de nuestro estudio ha considerado que el tratamiento con implantes dentales se ha prolongado en el tiempo de una manera innecesaria, siendo la principal limitación que encuentran con este tipo de rehabilitación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brånemark PI, Adell R, Breine U, Hansson BO, Lindström J, Ohlsson A. Intra-osseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. *Scand J Plast Reconstr Surg*. 1969;3(2):81-100.
2. Misch CE. Bone density: a key determinant for clinical success. En: Misch CE, editor. *Contemporary Implant Dentistry*. St. Louis: Mosby;1999. p. 109-18.
3. Brånemark PI. Osseointegration and its experimental background. *J Prosthet Dent*. 1983;50(3):399-410.
4. Herman R. Endodontics versus single-tooth implants. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2010;30(1):5.
5. Bowles WR, Drum M, Eleazer PD. Endodontic and implant algorithms. *Dent Clin North Am*. 2010;54(2):401-13.
6. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Dent Chile*. 2005;96:28-35.
7. Griffin SO, Barker LK, Griffin PM, Cleveland JL, Kohn W. Oral health needs among adults in the United States with chronic diseases. *J Am Dent Assoc*. 2009;140(10):1266-74.
8. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3-11.
9. Berretin G, Nary H, Padovani CR, Machado WM. A longitudinal study of quality of life of elderly with mandibular implant-supported fixed prostheses. *Clin Oral Impl Res*. 2008;19(7):704-8.
10. Chauncey HH, Muench ME, Kapur KK, Wayler AH. The effect of loss of teeth on diet and nutrition. *Int Dent J*. 1984;34(2):98-104.
11. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:40.
12. Van der Geld P, Oosterveld P, Van Heck G, Kuijpers-Jagtman AM. Smile attractiveness: self-perception and influence on personality. *Angle Orthod*. 2007;77(5):759-65.
13. Bennadi D, Reddy CV. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2013;3(1):1-6.
14. Caglayan F, Altun O, Miloglu O, Kaya MD, Yilmaz AB. Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14(11):573-8.
15. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AW. Prevalence of impacts of dental and oral disorders

- and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29(3):195-203.
16. Skaret E, Astrom AN, Haugejorden O. Oral Health-Related Quality of Live (OHRQOL). Review of existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe. En: European Global Oral Health Indicators Development Project. Francia: Quintessence Internacional. 2004. p. 99-110.
  17. Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. Developing socio-dental indicators. The social impact of dental disease. *Community Dent Health.* 1986;3(1):3-17.
  18. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996;24(6):385-9.
  19. Strauss RP. The Dental Impact Profile. En: Measuring oral health and quality of live. Chapel Hill: Slade GD. 1997. p. 81-92.
  20. Dolan TA, Gooch BR. Dental Health questions from the rand health insurance study. Measuring oral Health and quality of life. Chapel Hill: Slade GD. 1997. p. 65-70.
  21. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Lucero-Berdugo M. Measuring the impact of oral mucosa disease on quality of life. *Eur J Dermatol.* 2009;19(6):603-6.
  22. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3-11.
  23. Ley 14/2007 de Investigación Biomédica. España.
  24. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (WMA) Principios éticos para la Investigación Ética que Involucra Sujetos Humanos. 59ª Asamblea General de la WMA, Seúl, Octubre de 2008.
  25. Bettie NF, Ramachandiran H, Anand V, Sathiamurthy A, Sekaran P. Tools for evaluating oral health and quality of life. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015;7(2):414-19.
  26. Montero J, Bravo M, Albaladejo A, Hernández LA, Rosel EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14(1):44-50.
  27. Bennadi D, Reddy CV. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2013;3(1):1-6.
  28. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011;90(11):1264-70.
  29. Zarb GA, Albrektsson T. Consensus report: Towards optimized treatment outcomes for dental implants. *J Prosthet Dent* 1998;80(6):639-40.
  30. Alarcón M, Aquino C, Quintanilla C, Raymundo L, Álvarez J. Odontología basada en evidencia: las 82 revistas de mayor impacto. *Int J Odontostomat.* 2015;9(1):43-52.
  31. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 6ª EWCS. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). 2015.
  32. Libro Blanco. Odontología 2005. Barcelona: Lácer, S.A., 1997.
  33. Libro Blanco de la Implantología Dental en España. Madrid: Sociedad Española de Implantes. 2008.
  34. Regidor E, Gutiérrez JL. La Salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud-Indicadores de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005;2-337.
  35. Sinha S, Schreiner AJ, Biernaskie J, Nickerson D, Gabriel VA. Treating pain on skin graft donor sites: review and clinical recommendations. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017;83(5):954-64.
  36. Guckes AD, Scurria HS, Shugars DA. A conceptual framework for understanding outcomes of oral implant therapy. *J Prosthet Dent.* 1996;75(6):633-9.
  37. Marrugat J, Vila J, Pavesi M, Sanz F. Estimación del tamaño de la muestra en la investigación clínica y epidemiológica. *Med Clin.* 1998;111:267-76.