

Evaluación del índice de satisfacción de los pacientes tras la rehabilitación protésica de implantes osteointegrados

María Núñez Otero¹, José María Suárez Quintanilla², Miguel Quevedo Bissoni¹, Karen Rodríguez Pena¹

RESUMEN

Introducción: En la década de los años ochenta el único requisito de un tratamiento con implantes, era que las fijaciones se mantuviesen inmóviles en la boca el mayor tiempo posible. Sin embargo, en la actualidad, han aumentado las exigencias estéticas y funcionales de los pacientes y, por lo tanto, nuestra planificación clínica debe ir orientada a satisfacer en gran parte estos requerimientos estéticos y funcionales.

Por esa razón idea inicial de nuestro proyecto de investigación, surge de la necesidad de analizar y comparar la opinión de nuestros pacientes ante sus tratamientos contrastada con la opinión y criterios de éxito que plantean los profesionales.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio transversal y retrospectivo con un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Hemos escogido 300 encuestas realizadas a pacientes rehabilitados con período mínimo de dos años, prótesis completa removible sobre implantes, prótesis híbrida sobre implantes y prótesis completa fija sobre implantes y restauraciones unitarias sobre implantes.

Este estudio fue evaluado y aprobado previamente por el comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela. Hemos seleccionado dos test validados en la literatura que añaden los aspectos que queríamos estudiar de una rehabilitación

completa en un paciente desdentado total; estética, función, higiene y satisfacción personal: el *Oral Health Impact Profile -14 (OHIP-14)* 94 y el *Dental Impact Profile (DIP)* 96. Con el análisis combinado de los dos test se diseñó un cuestionario que contiene 30 preguntas y se evaluó así la satisfacción global del paciente sobre 30 ítems específicos.

Resultados: La concordancia entre los análisis subjetivos del paciente y el profesional es moderada con un índice de Kappa de 0.465 ($p < 0.001$). Hay un 25.7% de casos donde no coinciden los tramos de puntuación de profesional y paciente (<4,4-6,>6): en un 9.3% de los casos el paciente puntúa más que el profesional y en un 16.4% de los casos puntúa más alto el profesional.

Conclusión: Existe una concordancia de valoración moderada entre la opinión que los pacientes tienen de su rehabilitación con implantes y la percepción que los profesionales de la Odontología han tenido tras la evaluación clínica y objetiva de las mismas rehabilitaciones sobre implantes osteointegrados.

Palabras clave: Implante dental, prótesis dental, rehabilitación dental, rehabilitación desdentada, osteointegración, excelencia en el tratamiento, satisfacción en el tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación con implantes osteointegrados se ha convertido en un procedimiento clínico predecible, que presenta en la actualidad una alta tasa de éxito. Sin embargo, se trata de una técnica que ha sufrido, en muy poco tiempo, una profunda modificación conceptual.

En la década de los años ochenta el único requisito del tratamiento con implantes, exigible por profesionales y pacientes, era que las fijaciones se mantuviesen inmóviles en la boca el mayor tiempo posible. Sin embargo, en la actualidad, han aumentado las exigencias estéticas y funcionales de los pacientes y, por lo tanto, nuestra planificación clínica debe ir orientada a satisfacer estas demandas¹.

La idea original de nuestro proyecto de investigación surge de la necesidad de analizar la opinión de nuestros pacientes ante los tratamientos de rehabilitación compleja sobre implantes osteointegrados, así como establecer la comparación existente entre los criterios de éxito que busca el profesional y los que desea alcanzar el paciente, que no siempre tienen que coincidir.

Uno de los aspectos más complejos a la hora de definir el éxito o fracaso en un tratamiento es la enorme disparidad que a veces se produce entre los criterios que el profesional ha utilizado para rehabilitar un caso clínico (color, perfil de emergencia, maquillaje, >>>

María Núñez Otero¹. *University Specialist in Oral Implantology (USC). Diploma of Advanced Studies (USC).*

José María Suárez Quintanilla². *Titular Professor of Oral Surgery. University of Santiago de Compostela.*

Miguel Quevedo Bissoni¹. *University Specialist in Oral Implantology (USC).*

Karen Rodríguez Pena¹. *University Specialist in Oral Implantology (USC). Diploma of Advanced Studies (USC).*

¹Profesor Tutor Clínico Unidad Docente de Cirugía Oral Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Santiago de Compostela.

²Profesor Asociado Facultad de Medicina y Odontología. Unidad Docente de Cirugía Oral Universidad de Santiago de Compostela.

CORRESPONDENCIA: María Núñez Otero. Facultad de Medicina y Odontología de Santiago de Compostela.

CORREO ELECTRÓNICO: clnicanunezettero@gmail.com

»»» tipo de oclusión, dimensión vertical) y las expectativas que hasta el final del tratamiento permanecían ocultas en la mente del paciente. Y es que, como suele ocurrir, cuando las expectativas del profesional y el paciente coinciden, la probabilidad del éxito del tratamiento está prácticamente garantizada².

El concepto de autopercepción se define como el proceso a través del cual, patrones de estímulos medioambientales se organizan y se interpretan^{3,4}. Se encuentra estrechamente relacionado con el concepto de autoestima, que puede definirse, como el modo en que un individuo se ve a sí mismo y determina conductas de rechazo o aprobación, autocalificando la competencia y el valor. Esta descrito en la literatura que las personas tienden a evaluar sus habilidades y características de una forma más favorable de lo que objetivamente son. Esta optimización de nuestra propia imagen no es un intento de ver lo que deseamos ver, sino una forma de entender la propia visión que cada uno tenemos de nosotros mismos, circunstancia que en este caso hemos aplicado a la valoración que los pacientes tienen de sus prótesis.

II. MATERIAL Y MÉTODO

Hemos llevado a cabo un estudio transversal y retrospectivo con un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. En el período inicial hemos escogido 500 encuestas realizadas a pacientes rehabilitados con período mínimo de dos años, con prótesis completa removible sobre implantes, prótesis híbrida sobre implantes, prótesis completa fija sobre implantes y restauraciones fijas sobre implantes. De las 500 encuestas realizadas solo validamos 380, y de estas, en función de los criterios de inclusión y exclusión nuestra población de estudio la integran 300 pacientes. Este estudio fue examinado y aprobado previamente por el comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela.

Todos los pacientes firmaron previa realización de la encuesta el consentimiento informado oportuno y todos los datos de los pacientes fueron tratados de acuerdo con lo dispuesto en la ley orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos y derechos digitales.

Se seleccionaron dos test validados en la literatura que aúnan los aspectos que queríamos estudiar de una rehabilitación completa en un paciente desdentado total; estética, función, higiene y satisfacción personal: el *Oral Health Impact Profile -14 (OHIP-14) 94* y el *Dental Impact Profile (DIP) 96*. Con el análisis combinado de los dos test se diseñó un cuestionario que contiene 30 preguntas y se evaluó así la satisfac-

ción global del paciente sobre 30 ítems específicos. Para evaluar la satisfacción específica; funcional, estética e higiénica, se emplearon Escalas Visuales Analógicas (EVA) de 0 a 10, que completaron tanto el paciente como el profesional.



Selección de pacientes

Se incluyeron en este estudio un total de 500 pacientes en pacientes que habían sido rehabilitados con implantes osteointegrados en los siguientes centros clínicos: Unidad docente de Cirugía oral de la Universidad de Odontología de Santiago de Compostela y en la Clínica Dental Dra. María Núñez Otero, Lugo (N.º Reg. S.: C-27-000801). Para seleccionar las encuestas que se incluyeron en este estudio, definimos los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Pacientes con edad superior a 18 años.
- Pacientes edéntulos total o parcialmente y rehabilitados mediante prótesis sobre implantes.
- Pacientes de ambos sexos, cuyos tratamientos habrían finalizado dos años antes de comenzar la realización de las encuestas.
- Pacientes que querían participar en el estudio y que comprendieron el objetivo del mismo.

Criterios de exclusión

- Pacientes sometidos a tratamientos con implantes dentales pero cuya finalización se había producido en un periodo inferior a los dos años.
- Pacientes con enfermedades sistémicas que interferirían con la adecuada oseointegración o con la función oclusal.
- Pacientes oncológicos o inmunodeprimidos.
- Pacientes con una deficiente percepción de la realidad o trastorno de la personalidad.
- Pacientes no colaboradores.
- Pacientes que por motivos personales tendrían dificultades para realizar la encuesta o no quisieran participar en el estudio.

La población final de estudio ha quedado constituida por 300 pacientes de los cuales 119 son hombres, 181 son mujeres, mayores de 30 años y menores de 89 años.

Anonimización de datos

Una vez que seleccionamos las encuestas que cumplían con los requisitos para nuestro estudio, y de »»»

»»» acuerdo con la normativa vigente de la ley de protección de datos, procedimos a anonimizar los datos personales que pudieran aparecer reflejados en el mismo.

Recogida de datos

El diseño del formulario se efectuó a partir de la revisión de la literatura científica existente para avalar y justificar que las variables incorporadas eran relevantes para alcanzar los objetivos planteados. Se realizó una evaluación previa del test con el objetivo de valorar su fiabilidad en una prueba realizada en 10 pacientes que realizaron la encuesta contestando todas sus preguntas en el mes de enero del 2023 obteniendo un Kappa de 0,860 (IC-95% entre 0,840 y 0,890) y un estadístico *Alpha de Cronbach* que permite cuantificar el nivel de fiabilidad inobservable construida a partir de las *n* variables observadas. *El valor de Alpha ha sido 0,839432.*

El profesional que entregaba la encuesta previamente comprobaba si el paciente cumplía con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en este estudio. En caso afirmativo se le explicaba al paciente de manera verbal y escrita cual era la finalidad de la investigación, cómo se iba a producir el desarrollo de la misma y todas las advertencias legales relacionadas con el estudio.

Variables del estudio y encuesta

Datos administrativos y de filiación: inicial de nombre y apellidos, edad, sexo, estado civil, profesión, estudios, dirección y pertenencia a un seguro dental.

Estado sanitario: enfermedades existentes y previas, medicación actual y estado anímico, para lo cual hemos empleado una escala visual analógica donde el paciente deberá marcar de 0 a 10 siendo el 1 el estado anímico más favorable y el 10 el más desfavorable.

Datos relacionados con la técnica y con la percepción del tratamiento: causa de la pérdida dentaria, razones que justifican el tratamiento, tipo de implantes del paciente, razones por las que no ha realizado hasta ahora el tratamiento, tiempo en función de los implantes osteointegrados en boca y tipo de prótesis con la que se ha rehabilitado los implantes.

Nivel de satisfacción relacionada con el tratamiento: satisfacción con el tratamiento, mejora de la calidad de vida tras el tratamiento, aspectos cotidianos que han mejorado tras los implantes osteointegrados, razones por las que ha elegido al profesional.

Aspectos anímicos relacionados con el tratamiento con implantes osteointegrados: relación coste /resultado /beneficio del tratamiento con implantes, aspectos del tratamiento que han provocado una decepción en el paciente, modificación del estado anímico

tras la rehabilitación con implantes, causas principales de decepción con el tratamiento, reacciones del núcleo familiar y amigos al finalizar el tratamiento con implantes, análisis de la duración del tratamiento y percepción por parte del paciente y análisis estético de la rehabilitación protésica sobre implantes:



FICHA PARA LA RECOGIDA DE DATOS DEL ESTUDIO

Datos de Filiación

Inicial de su nombre y apellidos:

Edad:

Hombre () Mujer () Otros ()

Estado Civil:

Profesión:

Estudios: Sin estudios () Básicos () Bachillerato - FP () Universitarios ()

Dirección:

C.P:

Ciudad:

Email:

Teléfono de contacto:

Póliza o seguro dental: Si () No () empresa aseguradora:

Enfermedades:

Medicación habitual:

Estado anímico (escala visual analógica) marcar estado actual de 1 - 10:



*Siendo 1 muy bueno y 10 muy malo

Datos de técnica quirúrgica y protésica (marque con una X la o las respuestas)

- Centro: Público () Clínica convencional () Multidental () Aseguradora ()
- Causa de la Pérdida dentaria: Caries () Fractura () Endodoncia () Enfermedad periodontal () Otros ()
- Razones para solicitar el tratamiento con implantes: Protésica () Estética () Estado psicológico () Indicación del profesional ()
- Marca de los implantes: Straumann () Nobel Biocare () Galimplant () Zimmer () Biohorizons ()
- Otras marcas o empresas () No sabe ()
- Causas por las que no ha realizado hasta ahora los implantes: Dudas técnicas () Miedo - inseguridad () razones económicas () Otros ()



7. ¿Está satisfecho con el resultado del tratamiento?:
Sí () No () De manera parcial ()
8. ¿Ha mejorado su calidad de vida con los implantes?
Sí () No () muy poco ()
9. Indique qué aspecto de su vida ha mejorado con los implantes: Masticación () Fonación () Autoestima () Relación con los demás ()
10. ¿Volvería a realizar de la misma manera el tratamiento con implantes? Sí () No ()
11. En caso de que haya contestado que NO, ¿qué modificaría?
12. ¿Tenía una idea preconcebida diferente del tratamiento con implantes? Sí () No ()
13. ¿Cuánto tiempo lleva con su prótesis sobre implantes? De 2 a 5 años () Entre 5 y 10 años () Más de 10 años ()
14. ¿Qué tipo de prótesis lleva? Fija () Removible ()
15. ¿El tratamiento duró lo que usted esperaba? Sí () No ()
16. La relación coste /resultado/ beneficio del tratamiento le ha parecido adecuado? Sí () No ()
17. Qué aspecto del tratamiento le ha decepcionado más: Dolor - Molestias () Resultado () Coste () Duración del Tratamiento () Ninguno ()
18. La reacción de su familia y amigos tras observar el resultado del tratamiento ha sido: Favorable () Desfavorable () Indiferente ()
19. ¿Su estado anímico ha mejorado con el tratamiento? Sí () No () Apenas ()
20. En realidad, ¿usted se imaginaba que el tratamiento con implantes era así, o se esperaba un procedimiento más sencillo?: De esta manera () Más sencillo () Más complejo ()
21. Con qué resultado del tratamiento se ha sentido más decepcionado: Masticación () Color de los dientes () Percepción de la prótesis () Retención de alimentos () Fonación () Ninguno ()
22. Razones por las que eligió este profesional: Prestigio () Confianza () condiciones económicas () Publicidad ()
23. En igualdad de condiciones profesionales y económicas ¿Hubiese elegido para este tratamiento a otro profesional?: Sí () No ()
24. Análisis estético subjetivo del tratamiento:

Paciente: Señale de 1 a 10 la puntuación que otorga desde el punto de vista estético a su prótesis y tratamiento:

*Siendo 1 muy bueno y 10 muy malo.

Profesional: Señale de 1 a 10 la puntuación que otorga desde el punto de vista estético al tratamiento de este paciente:

*Siendo 1 muy bueno y 10 muy malo.

III. ESTUDIO ESTADÍSTICO

Para las variables categóricas, se mostrarán las frecuencias y porcentajes. Para las variables continuas, se mostrarán las medias y desviaciones estándar.

Para la concordancia entre los análisis subjetivos del paciente y el profesional, se aplicó la correlación de Pearson y el Coeficiente de correlación intraclass (ICC) que permite medir la concordancia entre dos o más valoraciones cuantitativas obtenidas con diferentes instrumentos de medida o evaluadores. Para la concordancia entre las versiones ordinales y categóricas de los análisis subjetivos, se aplicó el índice de Kappa cuyo máximo valor posible es 1 (concordancia total) y 0 cuando la concordancia observada es la que se esperaría por puro azar.

El nivel de significatividad empleado en los análisis ha sido del 5% ($\alpha=0.05$).

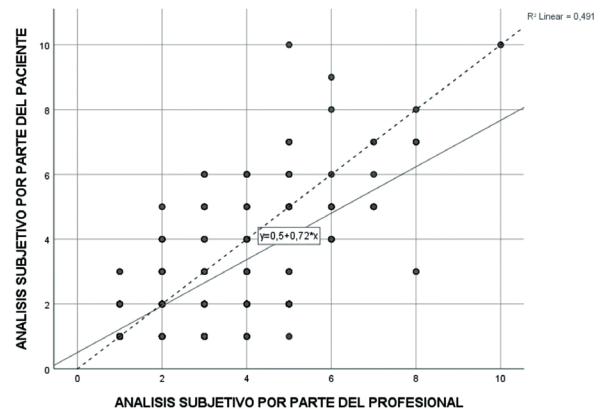
El *software* estadístico empleado para los análisis fue *IBM SPSS statistics 26*.

IV. RESULTADOS

Concordancia entre el análisis subjetivo del paciente y del profesional

Dado el tamaño muestral amplio ($n>30$), puede asumirse la normalidad de los dos índices a comparar aplicando el Teorema Central del Límite.

La correlación de Pearson entre las dos valoraciones es moderada: 0.701 (p -valor <0.001). Así lo muestra la recta de regresión alejada de la diagonal que sería el ajuste perfecto.



El valor es, suponiendo que no hay diferencias entre grupos, la probabilidad de que los resultados obtenidos puedan ser debidos al azar. Cuanto menor es el p -valor, menor será la probabilidad de que los resultados obtenidos se deban al azar y mayor evidencia habrá en contra de la hipótesis nula (inexistencia de diferencias).

Cualquier p -valor menor a 0.05 es indicativo de una **»»**



relación estadísticamente significativa. Por el contrario, un p-valor mayor o igual a 0.05 indica ausencia de relación.

¹Este teorema nos dice que si una muestra es lo bastante grande (generalmente cuando el tamaño muestral (n) supera los 30), sea cual sea la distribución de la media muestral, seguirá aproximadamente una distribución normal.

- Filmus, Yuval (enero a febrero de 2010). Two Proofs of the Central Limit Theorem. pp 1-3.
- Grinstead, Charles M; Snell J. Laurie (1997). "9. Central Limit Theorem". Introduction to Probability (2ª edición). AMS Bookstore. pp. 325-360. ISBN 082 1807498.
- Charles Stanton (2010). "Central Limit Theorem". Probability and Statistics Demos.

Pero como correlación no siempre implica concordancia¹, se calcula el ICC (coeficiente de correlación intraclase): tanto el de acuerdo absoluto como el de consistencia son moderados.

- ICC acuerdo absoluto²: 0.687 (p-valor <0.001).
- ICC consistencia³: 0.700 (p-valor <0.001).

Además, el p-valor de la prueba t-student para muestras pareadas es 0.000 (diferencia paciente-profesional=-0.373 IC95% (-0.538,-0.209), t (-4.461,299)) lo que indica diferencias significativas en los valores de los dos análisis, siendo algo mayor la valoración media del profesional.

Paired Samples Statistics				
Pair 1	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Análisis subjetivo por parte del paciente.	2,72	300	1,894	,109
Análisis subjetivo por parte del profesional.	3,10	300	1,851	,107

Así pues, la concordancia es moderada. Profundicemos algo más.

Análisis paciente	ANÁLISIS PROFESIONAL							
	Total		<4		4-6		>6	
	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %
Total	300	100,0%	187	100,0%	98	100,0%	15	100,0%
<4	210	70,0%	166	88,8%	42	42,9%	2	13,3%
4-6	75	25,0%	21	11,2%	49	50,0%	5	33,3%
>6	15	5,0%	0	0,0%	7	7,1%	8	53,3%

¹ Porque no es sensible a diferencias de tipo constante y proporcional entre las medidas. Una relación del tipo B=A/2+5 daría un coeficiente de correlación de 1 y un ICC de acuerdo absoluto de 0.37.

² Contempla cualquier diferencia entre medidas como una discordancia (tipo constante A=B+3, proporcional A=6B o ambas A=6B+3)

³ No considera las diferencias constantes (A=B+4) como discordancia

Si reagrupamos las puntuaciones en tres tramos, se observa que mayoritariamente las puntuaciones están por debajo de 4 (un 70% para pacientes y un 62% para profesional).

ANÁLISIS PACIENTE				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
Valid <4	210	70,0	70,0	70,0
4-6	75	25,0	25,0	95,0
>6	15	5,0	5,0	100,0
TOTAL	300	100,0	100,0	

ANÁLISIS PROFESIONAL				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
Valid <4	187	62,3	62,3	62,3
4-6	98	32,7	32,7	95,0
>6	15	5,0	5,0	100,0
TOTAL	300	100,0	100,0	

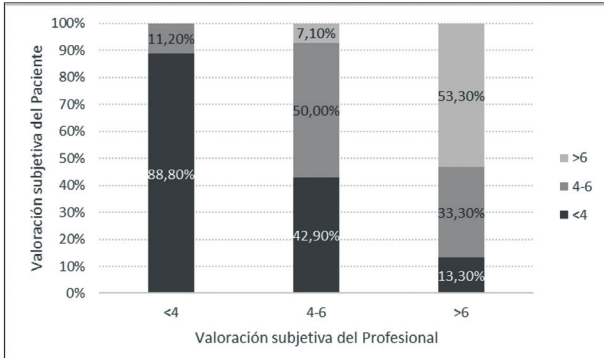
Veamos la concordancia con esta categorización: el índice de Kappa⁴ es de 0.465 (p<0.001) que es una concordancia moderada.

- **Paciente sobreestima al profesional:** un 11.2% de las veces que el profesional puntúa por debajo de 4, el paciente lo hace por encima; un 7.1% de las veces que el profesional puntúa entre 4 y 6, el paciente lo hace por encima de 6.
- **Paciente infraestima al profesional:** un 42.9% de las veces que el profesional puntúa entre 4 y 6, el paciente lo hace por debajo de 4; un 46.6% de las veces que el profesional puntúa > 6, el paciente lo hace por debajo de 6.



⁴ Altman DG. Practical statistics for medical research. New Cork: Chapman and Hall; 1991

% sobre total de la muestra (N=300) Ana. PAC.	ANÁLISIS PROFESIONAL							
	Total		<4		4-6		>6	
	Count	Table N%	Count	Table N%	Count	Table N%	Count	Table N%
Total	300	100,0%	187	62,3%	98	32,7%	15	5,0%
<4	210	70,0%	166	55,3%	42	14,0%	2	0,7%
4-6	75	25,0%	21	7,0%	49	16,3%	5	1,7%
>6	15	5,0%	0	0,0%	7	2,3%	8	2,7%



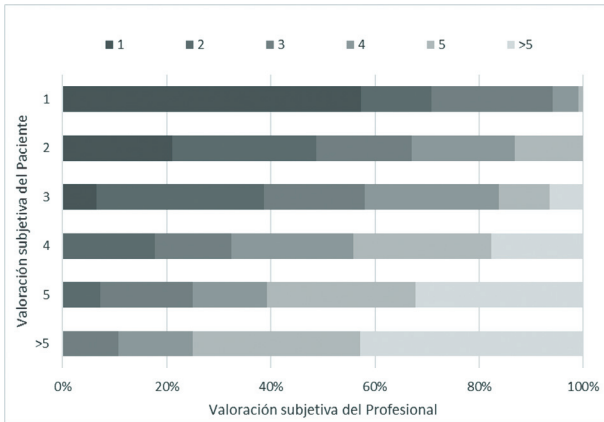
»»» En general, hay un 25.7% (7+14+2.3+0.7+1.7) de casos donde no coinciden los tramos de puntuación de profesional y paciente: en un 9.3% de los casos el paciente puntúa más que el profesional y en un 16.4% de los casos puntúa más alto el profesional.

Resumiendo, si se comparan los resultados de la valoración del análisis estético de los pacientes con la valoración subjetiva de la estética de los profesionales, se concluye que, en 125 de los 300 casos, los profesionales han valorado y puntuado peor (125/300: 0,416) es decir, en un 41,6% de las rehabilitaciones sobre implantes (de ahí el índice de Kappa tan bajo si se consideran las dos valoraciones como variables ordinales, Kappa=0.211 p<0.001).

Este es uno de los resultados clave de nuestro estudio, ya que nos señala que la percepción individual de la estética es mejor en los pacientes y suele relacionarse con el grado de confianza, seguridad y estima que el paciente tiene por el profesional. También, este resultado es debido a que los profesionales valoran determinados aspectos técnicos que no influyen en absoluto en la valoración de las prótesis por parte de los »»»

Tabla cruzada ANALISIS SUBJETIVO POR PARTE DEL PACIENTE / ANALISIS SUBJETIVO POR PARTE DEL PROFESIONAL												
		ANALISIS SUBJETIVO POR PARTE DEL PROFESIONAL										TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	10		
Análisis subjetivo por parte del paciente	1	59	14	24	5	1	0	0	0	0	0	103
	2	16	21	14	15	10	0	0	0	0	0	76
	3	2	10	6	8	3	0	0	2	0	0	31
	4	0	6	5	8	9	6	0	0	0	0	34
	5	0	2	5	4	8	5	4	0	0	0	28
	6	0	0	3	4	4	1	1	0	0	0	13
	7	0	0	0	0	4	0	2	4	0	0	10
	8	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	9	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	10	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
TOTAL		77	53	57	44	40	14	7	7	1	300	

pacientes.



V. DISCUSIÓN



Los resultados del presente estudio muestran una correlación moderada entre la valoración del profesional y del paciente, ya que cuando aumenta la valoración del profesional lo hace también la del paciente y viceversa y en general ambas percepciones son positivas. Tortopidis et al.⁵ Concluyó que existe una discrepancia entre la percepción de necesidad de tratamiento dental entre pacientes y especialistas, existiendo en los pacientes la apreciación de necesitar intervención profesional en mayor medida que los expertos. Sin embargo, el resultado final es valorado de una forma

menos crítica, creando problemas en la comunicación, valoración y objetivos del tratamiento.

En este estudio hemos tenido en cuenta la situación personal de los pacientes, ya que algunos estudios indican que el nivel socioeconómico de los pacientes parece tener un impacto en la capacidad para evaluar el atractivo dentofacial de las personas, determinando que los individuos de clase baja son menos críticos⁶.

También se ha mencionado que aquellos individuos pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos suelen experimentar niveles más bajos de autoestima, lo que implica un mayor deseo de modificar su apariencia facial y este factor, tiene una influencia significativa en la inclinación a someterse a tratamientos estéticos, donde el énfasis recae más en realizar determinados procedimientos que en la valoración de los resultados obtenidos⁷. Además, podría derivarse que, si el tratamiento conlleva un mayor costo económico para el paciente, este podría ser más crítico y exigente en cuanto a los resultados esperados.

Resulta imprescindible entender las expectativas reales del paciente y comprender sus verdaderas intenciones, así como identificar qué aspectos estéticos son prioritarios en sus percepciones, y parece ser clave para obtener resultados más predecibles⁸. En este sentido, sería beneficioso llevar a cabo un análisis detallado de las preferencias de los pacientes al

TABLA RESUMEN		ANÁLISIS SUBJETIVO POR PARTE DEL PROFESIONAL									TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	10	
Análisis subjetivo por parte del paciente	1	59	14	24	5	1	0	0	0	0	103
	2	16	21	14	15	10	0	0	0	0	76
	3	2	10	6	8	3	0	0	2	0	31
	4	0	6	5	8	9	6	0	0	0	34
	5	0	2	5	4	8	5	4	0	0	28
	6	0	0	3	4	4	1	1	0	0	13
	7	0	0	0	0	4	0	2	4	0	10
	8	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	9	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
TOTAL		77	53	57	44	40	14	7	7	1	300

»» evaluar los resultados estéticos, integrándolo al inicio del tratamiento para reducir las discrepancias entre el profesional y el paciente.

No obstante, establecer reglas específicas y concretas que garanticen resultados consistentes resultaría un reto debido a las variaciones inherentes relacionadas con el género, la cultura y la edad⁹.

Tanto el grupo de Kokich como el de Medina^{10,11}, señalaron como los especialistas en odontología y ortodoncia suelen ser más críticos con el análisis de la sonrisa que los propios pacientes, una conclusión similar se reflejó en los trabajos de Medina, donde pudo comprobar como la opinión de los pacientes era más benévola que la que expresaban los profesionales de la odontología al valorar la estética de una sonrisa.

En ese mismo sentido Flores¹² pudo comprobar como los odontólogos no valoraban positivamente la exposición gingival mientras que los pacientes preferían un cierto nivel de exposición gingival.

VI. CONCLUSIÓN

La apreciación estética que los pacientes tiene de sus rehabilitaciones sobre implantes es sustancialmente más positiva que la que expresan los profesionales de la Odontología cuando juzgan de una manera independiente el resultado de una rehabilitación sobre implantes osteointegrados. •

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Stanford CM. Dental implants. A role in geriatric dentistry for the general practice? *J Am Dent Assoc.* 2007 Sep;138 Suppl:34S-40S.
2. Preciado A, Del Río J, Lynch CD, Castillo-Oyagüe R. Impact of various screwed implant prostheses on oral health-related quality of life as measured with the QoLIP-10 and OHIP-14 scales: A cross-sectional study. *J Dent.* 2013 Dec;41(12):1196-207.
3. Brunello G, Gervasi M, Ricci S, Tomasi C, Bressan E. Patients' perceptions of implant therapy and maintenance: A questionnaire-based survey. *Clin Oral Implants Res.* 2020 Oct 26;31(10):917-27.
4. Khunsiri S, Pagaporn P, Nikos M, Atiphan P, Keskanya S. Comparación de las percepciones de los pacientes antes y después del tratamiento sobre la terapia con implantes dentales. *Clinical Implant Dentistry and Related Reserch.* 2021 Oct;23(5):769-78.
5. Tortopidis D, Hatzikyriakos A, Kokoti M, Menexes G, Tsigos N. Evaluation of the relationship between subjects' perception and professional assessment of esthetic treatment needs. *J Esthet Restor Dent.* 2007;19:154-62.
6. Sveikata K, Balciuniene I, Tutkuviene J. Factors influencing face aging. Literature review. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal.* 2011;13:113-5.
7. Reichmuth M, Greene KA, Orsini MG, Cisneros GJ, King GJ, Kiyak HA. Occlusal perceptions of children seeking orthodontic treatment: impact of ethnicity and socioeconomic status. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005;128:575-82.
8. Mehl C, Wolfart S, Vollrath O, Wenz HJ, Kern M. Perception of dental esthetics in different cultures. *Int J Prosthodont.* 2014;27:523-9.
9. Mehl CJ, Harder S, Kern M, Wolfart S. Patients' and dentists' perception of dental appearance. *Clin Oral Investig.* 2011;15:193-9.
10. Medina GCX, Gómez NS, Martínez RCM, Bermúdez JPC. Parámetros estéticos de la sonrisa aceptados por odontólogos especialistas y pacientes de ortodoncia. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología.* 2010;1:228-37.
11. Kokich VO, Kokich VG, Kiyak HA. Perceptions of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: asymmetric and symmetric situations. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006;130:141-51.
12. Flores-Vignolo R, Meneses-López A, Liñán-Durán C. Influencia de la exposición gingival en la percepción estética de la sonrisa. *Revista Estomatológica Herediana.* 2013;23(2):76-82.