

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN REHABILITACIÓN
IMPLANTOSOPORTADA ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS UNICOC POSGRADO
SEDE BOGOTÁ**

**QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH IMPLANT-SUPPORTED
REHABILITATION TREATED AT THE UNICOC POSTGRADUATE CLINICS IN
BOGOTÁ**

**Oscar Javier Malagón Ospina¹, Kevin Leonardo Wilches Niño ², Sergio Ivan
Losada Amaya³, Hernán Santiago Garzón Vergara⁴**

¹ Institución Universitaria Colegios de Colombia, Posgrado de Periodoncia, Bogotá,
Colombia, e-mail: omalagon@unicoc.edu.co

² Institución Universitaria Colegios de Colombia, Posgrado de Periodoncia, Bogotá,
Colombia, e-mail: kwilchesn@unicoc.edu.co

³ Institución Universitaria Colegios de Colombia, Departamento clínico y científico,
Bogotá, Colombia, e-mail: slozada@unicoc.edu.co

⁴ Institución Universitaria Colegios de Colombia, Centro de Investigación, Bogotá,
Colombia, e-mail: hgarzonv@unicoc.edu.co

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN REHABILITACIÓN IMPLANTOSOPORTADA ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS UNICOC POSGRADO SEDE BOGOTÁ

Resumen: La salud bucal es un componente esencial del bienestar general y se relaciona directamente con la calidad de vida de las personas. La pérdida dental, total o parcial, afecta la función masticatoria, la estética y la interacción social, con repercusiones físicas y emocionales. En los últimos años, la rehabilitación implantosoportada ha emergido como una alternativa altamente efectiva para restaurar la función y mejorar la percepción del bienestar. La evaluación de la calidad de vida en pacientes que han recibido este tipo de tratamientos resulta fundamental en las instituciones para establecer medidas terapéuticas y de seguimiento. **Metodología:** Estudio observacional, analítico y transversal con 126 pacientes rehabilitados con prótesis implantosoportadas entre 2020 y 2024 en las clínicas del posgrado de UNICOC. Se aplicó el cuestionario OHIP-14 para evaluar siete dimensiones de la calidad de vida oral. Los datos se analizaron mediante pruebas de normalidad, de fiabilidad y de comparación de medias, utilizando Microsoft Excel. **Resultados:** La muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres (72,2%) con una edad promedio de 56 años. Las dimensiones más afectadas fueron el malestar psicológico y la discapacidad social. El alfa de Cronbach fue bajo (-0.045), lo que indica una baja consistencia interna y sugiere que la percepción de calidad de vida es multidimensional y varía entre pacientes.

Conclusiones: La rehabilitación implantosoportada mejora la calidad de vida, especialmente en los aspectos funcionales y estéticos. Sin embargo, los resultados evidencian que la experiencia del paciente es compleja y multifactorial. Se recomienda continuar la investigación con instrumentos adaptados al contexto colombiano y poblaciones más amplias.

Palabras clave: calidad de vida, implantes dentales, prótesis implantosoportada, OHIP-14, salud oral.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS UNDERGOING IMPLANT-SUPPORTED REHABILITATION TREATED AT UNICOC POSTGRADUATE CLINICS BOGOTÁ

Oral health is an essential component of overall well-being and is directly related to people's quality of life. Total or partial tooth loss affects chewing function, aesthetics, and social interaction, with physical and emotional repercussions. In recent years, implant-supported rehabilitation has emerged as a highly effective alternative to restore function and improve the perception of well-being. Assessing quality of life in patients who have received this type of treatment is fundamental in institutions to establish therapeutic and follow-up measures. **Methodology:** An observational, analytical, cross-sectional study with 126 patients rehabilitated with implant-supported prostheses between 2020 and 2024 at the postgraduate clinics of UNICOC. The OHIP-14 questionnaire was used to evaluate seven dimensions of oral quality of life. Data were analyzed using normality tests, reliability tests, and mean comparisons, utilizing Microsoft Excel. **Results:** The sample was mainly composed of women (72.2%) with an average age of 56 years. The most affected dimensions were psychological discomfort and social disability. The Cronbach's alpha was low (-0.045), indicating low internal consistency and suggesting that the perception of quality of life is multidimensional and varies among patients. **Conclusions:** Implant-supported rehabilitation improves quality of life, especially in functional and aesthetic aspects. However, the results show that the patient's experience is complex and multifactorial. It is recommended to continue research with tools adapted to the Colombian context and larger populations.

Keywords: quality of life, dental implants, implant-supported prosthesis, OHIP-14, oral health.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal constituye un pilar esencial del bienestar general, tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), al influir de manera significativa en la calidad de vida de los individuos. El edentulismo, definido como la pérdida total o parcial de los dientes, representa un importante problema de salud pública con repercusiones tanto funcionales como psicosociales. Esta condición no solo afecta la capacidad de alimentación, fonación y estética facial, sino que también se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedades sistémicas como hipertensión, diabetes mellitus y patologías cardiovasculares. A nivel global, la prevalencia de edentulismo en adultos mayores alcanza el 23%, mientras que en América Latina puede llegar hasta el 81,7% en la población geriátrica. En Colombia, aproximadamente el 5,2% de la población presenta edentulismo total, proporción que aumenta de manera progresiva con la edad. ⁽¹⁾

Frente a esta problemática, la rehabilitación oral ha evolucionado de manera sustancial. Tradicionalmente, las prótesis convencionales mucosoportadas o dentomucosoportadas constituían la principal alternativa terapéutica; sin embargo, la introducción de las prótesis implanto-soportadas ha revolucionado el campo de la odontología restauradora. Estas ofrecen ventajas notables en términos de estabilidad, función masticatoria, fonación y estética, contribuyendo de manera significativa a la recuperación del bienestar físico y psicológico de los pacientes. Los implantes dentales han demostrado ser una solución eficaz y predecible, siempre que se realice una adecuada selección del paciente, una planificación quirúrgica y protésica precisa, y un mantenimiento postoperatorio riguroso. ^(1,2)

No obstante, a pesar de los notables avances en la implantología contemporánea, las enfermedades periimplantarias continúan representando un desafío clínico relevante. La mucositis y la periimplantitis pueden comprometer la longevidad del tratamiento, lo que subraya la importancia del control de factores de riesgo y del seguimiento clínico continuo. En este sentido, la comprensión integral de las complicaciones postoperatorias y la implementación de protocolos de mantenimiento adecuados son esenciales para preservar la salud periimplantaria y garantizar resultados funcionales y estéticos duraderos. ⁽³⁾

En los últimos años, la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral se ha convertido en un componente indispensable de la investigación clínica y la práctica odontológica. Instrumentos validados, como el Oral Health Impact Profile (OHIP-14),

permiten medir de forma objetiva el impacto de las rehabilitaciones orales sobre el bienestar del paciente, abarcando dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Diversos estudios han evidenciado que los tratamientos implanto-soportados mejoran significativamente la percepción de calidad de vida, al restaurar la función y la autoestima del individuo. ⁽⁴⁾

En este contexto, y reconociendo la necesidad de generar evidencia local que refleje los resultados clínicos y subjetivos de la rehabilitación implantológica, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la calidad de vida en pacientes con restauraciones implanto-soportadas atendidos en el Posgrado de Rehabilitación Oral de la Universidad UNICOC entre los años 2020 y 2024, mediante la aplicación del instrumento OHIP-14. Este análisis busca aportar información científica que contribuya a optimizar las estrategias terapéuticas, fortalecer la práctica clínica basada en la evidencia y mejorar de manera integral la calidad de vida de los pacientes rehabilitados con implantes dentales.

METODOS

Diseño del Estudio

Se desarrolló bajo un diseño observacional descriptivo de corte transversal, orientado a caracterizar la calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes rehabilitados con implantes dentales. El estudio se llevó a cabo durante el periodo 2020-2024 en las clínicas de posgrado de UNICOC Bogotá, utilizando como instrumento principal el cuestionario OHIP-14, ampliamente validado para la evaluación de impacto oral en la calidad de vida.

Se analizaron las siete dimensiones que componen dicho instrumento: limitaciones funcionales, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y desventaja social, permitiendo una visión integral del impacto percibido por los pacientes.

La población objetivo estuvo conformada por pacientes rehabilitados mediante implantes dentales en UNICOC, de los cuales se obtuvo una muestra total de 126 participantes. El tipo de muestreo empleado fue no probabilístico por conveniencia, seleccionando a los sujetos disponibles que cumplieran con los criterios establecidos durante el periodo de estudio.

Consideraciones éticas

Según el artículo 11 de la resolución número 8430 de 1993, este estudio se considera sin riesgo, por emplear técnicas y métodos de investigación documental que no implican ninguna intervención ni modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, ni de aspectos sensibles de la conducta.

Población y Muestra

La población del estudio estuvo conformada por todos los pacientes atendidos en las clínicas del posgrado de Periodoncia y Prostodoncia de la Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC), sede Bogotá, que recibieron tratamientos de rehabilitación oral con implantes entre 2020 y 2024.

La muestra estuvo compuesta por 126 pacientes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se incluyeron pacientes con historia clínica de tratamiento de rehabilitación oral sobre implantes realizados en el posgrado de Prostodoncia de UNICOC, sede Bogotá, que hubieran finalizado su tratamiento en los últimos seis meses dentro del periodo 2020 a 2024. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales y medicación asociada, quienes no hubieran recibido la colocación de implantes y la rehabilitación en las clínicas de UNICOC, quienes no pudieran responder de manera autónoma y dependieran de un cuidador, los pacientes con antecedente de pérdida de implantes por enfermedad periimplantaria que no hubieran completado su proceso de rehabilitación, así como aquellos que hubieran sido diagnosticados con una enfermedad sistémica posterior a la rehabilitación.

Procedimiento

1. Se definió el número de pacientes a evaluar, garantizando que el tamaño de la muestra fuera estadísticamente adecuado para obtener resultados significativos.
2. Se detalló la estructura de la encuesta OHIP-14, compuesta por 14 ítems agrupados en siete dimensiones: limitaciones funcionales, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía.

3. Se capacitó al equipo de investigación o a los encuestadores en la correcta aplicación del OHIP-14, incluyendo la forma de interactuar con los pacientes, formular las preguntas y registrar adecuadamente las respuestas.
4. Se seleccionaron y convocaron a los pacientes que formarían parte del estudio.
5. Se aplicó la encuesta en un ambiente tranquilo y cómodo para el paciente, preferiblemente en la consulta o en un área específicamente destinada a la recolección de datos.
6. Antes de iniciar, se explicó brevemente al paciente el funcionamiento del cuestionario OHIP-14 y el tipo de respuestas esperadas, basadas en una escala Likert de 5 puntos (0 = Nunca, 4 = Muy a menudo).
7. El investigador se aseguró de registrar las respuestas de forma clara y precisa, ya fuera en formato digital o en papel.
8. Se realizó un proceso de verificación para confirmar que los datos se hubieran registrado correctamente y que no hubiera errores durante la recolección.
9. Una vez recolectados los datos, estos se codificaron y se tabularon para su posterior análisis. Las respuestas de la escala Likert se sumaron para obtener un puntaje global que reflejara el impacto en la calidad de vida del paciente.
10. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales para interpretar los resultados obtenidos a partir del OHIP-14.
11. Finalmente, se analizó cómo los puntajes obtenidos en el OHIP-14 reflejaban el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los pacientes.

ANÁLISIS ESTADISTICO

Los datos obtenidos fueron analizados utilizando la prueba Pruebas de normalidad:

- Shapiro-Wilk,
- Kolmogorov-Smirnov,
- Anderson-Darling.

Prueba de homogeneidad de varianzas:

- Prueba de Levene.
- Prueba comparativa de medias:
- Prueba T de Student para muestras independientes

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 126 pacientes rehabilitados con implantes dentales. La edad promedio fue de 56,1 años (DE = 11,2), con un rango entre 27 y 83 años, lo que evidencia una población heterogénea, compuesta principalmente por adultos y adultos mayores. En cuanto al sexo, predominó el femenino con un 72,2 %, mientras que el 27,8 % correspondió al sexo masculino. Respecto al estrato socioeconómico, la mayoría pertenecía a estratos 2 (46,0 %) y 3 (41,3 %), con baja representación de estratos 1 (2,4 %) y 4 (10,3 %). En términos de escolaridad, el 52,4 % contaba con estudios de bachillerato, el 41,3 % con formación profesional y un 6,3 % no tenía estudios formales.

En la evaluación de condiciones sistémicas, el 42,9 % se encontraba sano, mientras que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial presentaron una prevalencia equivalente del 27 % cada una, y un 3,2 % refirió otros diagnósticos sistémicos. En relación con el diagnóstico periodontal, se observó una distribución amplia que abarcó desde gingivitis inducida por biopelícula en periodonto reducido (11,1 %) hasta diversos estadios de periodontitis. El mayor porcentaje se agrupó en periodontitis en estadio II y III, con variaciones entre grados A, B y C, reflejando un predominio de compromisos periodontales moderados propios de pacientes adultos.

El análisis de las dimensiones del cuestionario OHIP-14 mostró puntuaciones medias moderadas en todas las subescalas. Las dimensiones con mayor afectación fueron la incapacidad psicológica (media 4,20) y la desventaja social (media 4,30), mientras que la incapacidad social y el malestar psicológico presentaron promedios inferiores. El puntaje global de calidad de vida (CVRSB) presentó una media de 28,06 (DE = 5,15). Se observó un comportamiento heterogéneo en las respuestas, con valores mínimos de 0 y máximos de 8 en todas las dimensiones, lo que evidenció la coexistencia de efectos piso y techo; esto indica que algunos pacientes no perciben impacto alguno en su calidad de vida, mientras que otros reportan el máximo nivel de afectación.

Los análisis de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk mostraron valores de $p < 0,05$ en la mayoría de las dimensiones, lo que sugiere distribución no normal en estas. Sin embargo, el puntaje global CVRSB presentó distribución normal ($p = 0,364$), lo que permitió aplicar pruebas paramétricas. La prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 69,766$; $p = 0,952$) indicó ausencia de correlaciones significativas entre los ítems, por lo que no se justificó un análisis factorial. De forma concordante, los índices de fiabilidad obtuvieron valores extremadamente bajos (α de Cronbach = $-0,045$; ω de McDonald = $0,036$), señalando falta de consistencia interna de la escala en esta población. Estos hallazgos sugieren que los ítems del OHIP-14 se comportan como dimensiones independientes del impacto percibido, más que como una estructura unidimensional.

En cuanto a la percepción dentro de cada dominio, entre el 58 % y el 63 % de los participantes reportó una mejor calidad de vida en las dimensiones de limitaciones funcionales, dolor físico e incapacidad funcional, mientras que entre el 37 % y 42 % refirió afectación. En el malestar psicológico, el 68 % presentó buena condición y un 32 % refirió impacto. La incapacidad psicológica fue el dominio más vulnerable: en su primera evaluación, el 52 % reportó peor calidad de vida, aunque posteriormente la proporción se invirtió a un 60 % en mejor condición. En incapacidad social, entre el 33 % y el 42 % manifestó dificultades para relacionarse o mantener actividades sociales por su salud oral. La desventaja social apareció distribuida de forma equilibrada entre quienes reportaron mejor estado (51–56 %) y quienes expresaron afectación (44–49 %).

Finalmente, la prueba t de Student mostró ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados en el puntaje global del OHIP-14 ($t = -0,464$; $p = 0,643$). Adicionalmente, la prueba de Levene confirmó la homogeneidad de varianzas ($p = 0,867$), y las pruebas de normalidad para CVRSB evidenciaron distribución normal. Por lo tanto, se concluye que los participantes, independientemente de sus características clínicas, perciben niveles similares de

calidad de vida relacionada con su salud bucal tras su rehabilitación implantosoportada.

El cuestionario OHIP-14 permitió evaluar siete dimensiones relacionadas con la calidad de vida oral: limitaciones funcionales, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y discapacidad general. Los puntajes promedio obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 1. Análisis descriptivo de variable de sexo:

Frecuencias de Sexo		
Sexo	Frecuencias	% del Total
Femenino	91	72,2 %
Masculino	35	27,8 %

En la muestra analizada se contó con un total de 126 participantes, de los cuales 91 correspondieron al sexo femenino (72,2%) y 35 al sexo masculino (27,8%). El sexo femenino fue el predominante en la muestra, representando casi tres cuartas partes de los sujetos evaluados (72,2 %). La distribución obtenida evidencia una sobrerrepresentación del sexo femenino en la muestra. Este predominio puede deberse a factores contextuales de la población de estudio, al tipo de muestra seleccionada o a la mayor disposición de las mujeres a participar en el estudio (lo cual suele reportarse en investigaciones similares).

En términos metodológicos, es necesario tener precaución al interpretar los hallazgos, ya que la desproporción entre sexos podría limitar la posibilidad de realizar análisis comparativos con suficiente potencia estadística entre ambos grupos.

Tabla 2. Análisis descriptivo de variable escolaridad:

Frecuencias de Escolaridad		
Escolaridad	Frecuencias	% del Total
Sin estudios	8	6,3 %
Bachiller	66	52,4 %
Profesional	52	41,3 %

Tabla de variables de escolaridad código 0 corresponde sin estudios, código 1 estudios hasta bachiller y código 2 estudio de educación superior (profesional). Respecto al nivel educativo, más de la mitad de los participantes reportó estudios de secundaria (52,4 %), seguido por un 41,3 % en estudios profesionales, y un 6,3 % sin escolaridad. Estos resultados muestran que la muestra se compuesta principalmente por individuos con escolaridad básica o intermedia. La educación constituye un factor clave en la percepción de calidad de vida, pues se asocia con una mayor comprensión de la importancia del autocuidado, la prevención y la adherencia a los tratamientos. Los niveles bajos de escolaridad suelen asociarse con menor conocimiento sobre la salud bucal, lo que incrementa la vulnerabilidad ante problemas funcionales y estéticos que afectan el bienestar.

Tabla 3. Distribución resultados por dimensiones del Instrumento OHIP-14:

Dimensión OHIP-14	Media	Desviación estándar
Limitaciones funcionales	4,07	1,93
Dolor físico	4,11	1,95
Malestar psicológico	3,70	1,80
Incapacidad funcional	3,83	1,98
Incapacidad psicológica	4,20	2,00
Incapacidad social	3,84	1,99
Discapacidad general	4,30	1,68

DISCUSIÓN:

El presente estudio proporciona una aproximación integral a la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSB) en pacientes rehabilitados con prótesis implanto-soportadas, utilizando como herramienta de medición el cuestionario Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Este instrumento, ampliamente validado en diversos contextos culturales y clínicos, busca evaluar cómo las condiciones orales afectan el bienestar del individuo, abarcando dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Tal como lo establece Slade, el OHIP no mide la salud bucal objetiva, sino el impacto percibido que las condiciones orales tienen sobre la vida diaria ⁽⁵⁾. No obstante, el uso de un instrumento auto-informado implica considerar la naturaleza subjetiva de la experiencia humana y las limitaciones psicométricas inherentes a la medición de constructos complejos como la calidad de vida. ⁽⁶⁾

En el presente trabajo, los resultados de los análisis psicométricos (α de Cronbach = -0,045; ω de McDonald = 0,036) y de esfericidad de Bartlett ($p=0,952$) revelan una ausencia de correlación entre los ítems del instrumento, lo que sugiere una falta de consistencia interna y cuestiona la unidimensionalidad teórica del OHIP-14 en esta población. Dichos hallazgos concuerdan con observaciones de otros estudios latinoamericanos, que advierten que las traducciones y adaptaciones culturales del OHIP pueden alterar su estructura factorial y reducir su fiabilidad si no se realiza un análisis confirmatorio riguroso. ^(7,8) Por tanto, más que un problema del instrumento en sí, los resultados reflejan la necesidad de ajustes psicométricos contextuales que garanticen que las preguntas sean comprendidas de manera homogénea por los participantes. ⁽⁹⁾

Uno de los hallazgos más relevantes del presente estudio fue la presencia marcada de efectos techo y piso en las respuestas. La concentración de valores en los extremos de la escala (ya sea en “nunca” (0) o en “muy frecuentemente” (8)) es un

fenómeno que requiere un análisis profundo. Atribuir de manera inmediata este comportamiento a la diversidad de percepciones entre los participantes podría resultar una simplificación metodológica. Si bien es cierto que la heterogeneidad de experiencias personales, niveles educativos, edades y condiciones sistémicas puede influir en cómo los pacientes interpretan y responden el cuestionario, lo realmente relevante en este hallazgo no es la diversidad de los sujetos, sino la magnitud del efecto techo y piso como indicador de un problema de sensibilidad del instrumento o de sesgo de medición derivado del proceso de aplicación. ^(10, 11)

En términos psicométricos, los efectos techo y piso implican que el instrumento no logra discriminar entre diferentes grados de percepción de calidad de vida, particularmente en los niveles intermedios. Cuando las respuestas se agrupan en los extremos de la escala, el cuestionario pierde capacidad para detectar cambios sutiles en la percepción del paciente o para reflejar mejoras o deterioros progresivos a lo largo del tiempo. Este fenómeno compromete directamente la validez de constructo y la utilidad clínica del instrumento, ya que limita la posibilidad de interpretar el impacto real de la rehabilitación implantológica sobre la vida del individuo. ^(11, 12)

La literatura reciente sobre validación de instrumentos de calidad de vida enfatiza que los efectos techo y piso deben ser cuidadosamente analizados, ya que pueden tener múltiples orígenes:

1. Limitaciones inherentes del instrumento, como la formulación de ítems redundantes o la ausencia de opciones de respuesta intermedias.
2. Deficiencias en la administración del cuestionario, como una explicación insuficiente al paciente sobre la escala o una lectura inadecuada del formato Likert.

3. Sesgos cognitivos del participante, quien puede tender a extremos por facilidad o desinterés. ^(7,8).

En este estudio, la magnitud de los efectos techo y piso sugiere que la sensibilidad del OHIP-14 podría no ser óptima para la población evaluada, posiblemente debido a diferencias culturales, semánticas o de comprensión respecto al contexto original del cuestionario. Por ejemplo, ciertos ítems que en otras culturas reflejan afectación emocional (“Se ha sentido avergonzado por su apariencia dental”) pueden no tener el mismo peso subjetivo en esta muestra, lo que induce respuestas concentradas en un extremo sin verdadera variación perceptiva. ^(8, 13) .

En este sentido, lo que se observa no es necesariamente homogeneidad en las experiencias, sino una limitación del instrumento para capturar la diversidad de percepciones.

Por tanto, afirmar que los efectos techo y piso se deben exclusivamente a la diversidad de percepciones sin un análisis complementario resulta inadecuado. Lo correcto metodológicamente es considerar estos efectos como indicadores de un sesgo sistemático de medición (ya sea del instrumento o del entrenamiento de los evaluadores), que debe discutirse abiertamente. Este tipo de sesgo puede generar interpretaciones erróneas, especialmente si los resultados se utilizan para comparar grupos o inferir impacto clínico. ⁽⁸⁾ En consecuencia, es fundamental incluir este fenómeno dentro de las limitaciones del estudio, resaltando la necesidad de ajustar la herramienta o el proceso de aplicación en futuras investigaciones. ⁽¹³⁾

Estos hallazgos refuerzan la idea de que la calidad de vida relacionada con la salud oral no es un constructo lineal ni unidimensional, sino una experiencia multidimensional influenciada por factores biológicos, emocionales, sociales y culturales. ^(13, 14). Así, mientras algunos pacientes pueden reportar un excelente

estado funcional pero elevada preocupación estética, otros pueden presentar limitaciones masticatorias con una percepción subjetiva de bienestar aceptable. Esta heterogeneidad de experiencias humanas desafía la capacidad de los cuestionarios genéricos como el OHIP-14 para reflejar la realidad completa del paciente.

En coherencia con lo anterior, Slade sostiene que el verdadero valor del OHIP no radica únicamente en sus puntuaciones globales, sino en la reflexión crítica sobre los patrones de respuesta que permiten comprender cómo la salud bucal afecta la vida diaria (5). Bajo esta perspectiva, los resultados del presente estudio no deben interpretarse como un fallo del instrumento, sino como una oportunidad para revisar su aplicabilidad contextual y mejorar la precisión en la evaluación de la calidad de vida en pacientes rehabilitados con implantes dentales. ⁽⁸⁾

LIMITACIONES

El estudio presenta varias restricciones importantes. El cuestionario OHIP-14, aunque validado, mostró poca sensibilidad para diferenciar niveles intermedios de calidad de vida, evidenciado por efectos techo y piso. También pudo existir sesgo en la aplicación del instrumento por variaciones en el entrenamiento de los encuestadores. Además, no se realizó un análisis factorial confirmatorio, lo cual limita la verificación de su estructura teórica en esta población. Por último, aunque la muestra incluyó pacientes de UNICOC entre 2020 y 2024, su tamaño y diversidad no garantizan que represente a todos los pacientes con rehabilitaciones implanto-soportadas en Colombia.

CONCLUSIONES

El estudio evidenció que la rehabilitación con prótesis implantosoportadas mejora la calidad de vida de los pacientes, especialmente en las dimensiones funcionales y estéticas. Sin embargo, los resultados del cuestionario OHIP-14 mostraron una baja consistencia interna, lo que sugiere que la percepción de bienestar es multidimensional y varía entre individuos. Las dimensiones más afectadas fueron la incapacidad psicológica y la discapacidad general, relacionadas con aspectos emocionales y económicos. Esto demuestra que el impacto del tratamiento va más allá de la función masticatoria e influye también en la autoestima y la interacción social del paciente, en donde requiere tiempo para el restablecimiento de su autoimagen, aun cuando la rehabilitación se encuentre terminada.

RECOMENDACIONES

Se recomienda adaptar y validar el cuestionario OHIP-14 para la población colombiana, con el fin de mejorar su fiabilidad y su aplicabilidad clínica. Es necesario desarrollar estudios longitudinales que evalúen la evolución de la calidad de vida en distintas etapas del tratamiento implantológico. Se sugiere fortalecer los programas de mantenimiento y de educación al paciente, priorizando el control de los factores de riesgo periimplantarios. Además, se debe fomentar la atención interdisciplinaria que integre aspectos psicológicos y sociales. Finalmente, se recomienda continuar la investigación en distintos contextos sociodemográficos para optimizar los protocolos de rehabilitación y mejorar la experiencia del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Salud bucodental [Internet]. OMS; 17 de marzo de 2025 [citado el 02 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
2. Rocuzzo A, Imber JC, Marruganti C, Salvi GE, Ramieri G, Rocuzzo M. Clinical outcomes of dental implants in patients with and without history of periodontitis: A 20-year prospective study. *J Clin Periodontol*. 2022 Dec 1;49(12):1346–56.
3. Schierz O, Baba K, Fueki K. Functional oral health-related quality of life impact: A systematic review in populations with tooth loss. Vol. 48, *Journal of Oral Rehabilitation*. Blackwell Publishing Ltd; 2021. p. 256–70.
4. Alzarea BK. Assessment and evaluation of quality of life (OHRQOL) of patients with dental implants using the oral health impact profile (OHIP-14) - A clinical study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016 Apr 1;10(4):ZC57–60.
5. León S, Bravo-Cavicchioli D, Correa-Beltrán G, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health*. 2014 Aug 4;14(1).
6. Takemae R, Uemura T, Okamoto H, Matsui T, Yoshida M, Fukazawa S, Tsuchida K, Teruya K, Tsunoda T. Changes in mental health and quality of life with dental implants as evaluated by General Health Questionnaire (GHQ) and Health Utilities Index (HUI). *Environ Health Prev Med*. 2012 Nov;17(6):463-73.
7. Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Antonio Hernández-Martín L, María Rosel-Gallardo E, Montero Martín J. E44-50. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. Vol. 14. 2009.
8. Manfredini M, Pellegrini M, Rigoni M, Veronesi V, Beretta M, Maiorana C, et al. Oral health-related quality of life in implant-supported rehabilitations: a prospective single-center observational cohort study. *BMC Oral Health*. 2024 Dec 1;24(1).
9. Awad MA, Morais JA, Wollin S, Khalil A, Gray-Donald K, Feine JS. Implant overdentures and nutrition: A randomized controlled trial. *J Dent Res*. 2012 Jan;91(1):39–46.
10. Fernandez-Estevan L, Selva-Otaolaurruchi EJ, Montero J, Sola-Ruiz F. Oral health-related quality of life of implant-supported overdentures versus conventional complete prostheses: Retrospective study of a cohort of edentulous patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015 Jul 1;20(4):e450–8

11. Rustand K, Aass AM, Sen A, Koldsland OC. Oral health-related quality of life following peri-implantitis surgery: A prospective study. *Clin Oral Implants Res.* 2022 Aug 1;33(8):858–67.
12. Coltro MPL, Villarinho EA, Ozkomur A, Shinkai RS. Long-term impact of implant-supported oral rehabilitation on quality of life: a 5 years prospective study. *Aust Dent J.* 2022 Jun 1;67(2):172–7.
13. Alcarde ACB, BTO, FDH, MMC, AGMB, & PAC. A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. 2010;25:126–31
14. Costa BE, Sol I, Momesso NR, Mendes GCB, Magro Filho O, Rodrigues Y dos S, et al. Complex treatment of dentofacial deformity associated with total maxillary edentulism and joint tumor. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES.* 2024 Nov 28;17(12):e13093.