



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TEMA:**

**Preferencias clínicas de diseños y materiales para la  
rehabilitación de implantes unitarios: encuesta dirigida a  
odontólogos**

**AUTOR:**

**Ramón Beltrán, María Alejandra**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
ODONTÓLOGA**

**TUTOR:**

**Od. Gallardo Bastidas, Juan Carlos**

**Guayaquil, Ecuador**

**9 de septiembre del 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Ramon Beltrán, María Alejandra** como requerimiento para la obtención del título de **Odontóloga**

**TUTOR**

*Juan Carlos Gallardo B.*

f. \_\_\_\_\_  
**Od. Gallardo Bastidas, Juan Carlos**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Od. Bermúdez Velázquez, Andrea Cecilia**

**Guayaquil, 9 de septiembre del 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Ramón Beltrán, María Alejandra**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Preferencias clínicas de diseños y materiales para la rehabilitación de implantes unitarios: encuesta dirigida a odontólogos** previo a la obtención del título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 9 de septiembre del 2024**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Ramón Beltrán, María Alejandra**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ODONTOLOGIA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Ramón Beltrán, María Alejandra**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Preferencias clínicas de diseños y materiales para la rehabilitación de implantes unitarios: encuesta dirigida a odontólogos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 9 de septiembre del 2024**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_

**Ramón Beltrán, María Alejandra**

# REPORTE COMPILATIO



INFORME DE ANÁLISIS  
magister

## compilation Alejandra Ramon B

0%  
Textos  
sospechosos

0% Similitudes (ignorado)  
0% similitudes entre comillas (ignorado)  
0% entre las fuentes mencionadas (ignorado)  
4% Idiomas no reconocidos (ignorado)

Nombre del documento: compilation Alejandra Ramon B.pdf  
ID del documento: bde2af7a41657338d5ef004220d6e6d8f7cc56ab  
Tamaño del documento original: 140,29 kB  
Autores: []

Depositante: Juan Carlos Gallardo Bastidas  
Fecha de depósito: 4/9/2024  
Tipo de carga: interface  
fecha de fin de análisis: 4/9/2024

Número de palabras: 3819  
Número de caracteres: 26.477

Ubicación de las similitudes en el documento:



*Juan Carlos Gallardo B.*

f. \_\_\_\_\_  
**Od. Gallardo Bastidas, Juan Carlos**

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a mi familia, que siempre estuvo ahí para apoyarme en todo momento Mi papá Iván Ramón por darme el privilegio de estudiar, mi mamá Mireya Beltrán por ayudarme en todo lo que necesitaba, a mi hermano Iván Ramón por impulsarme a ser mejor en todos los ámbitos de mi vida, a mi cuñada Cristina Hermida por mostrarme lo bonito que es ejercer en la carrera que te gusta y a mi sobrino Matías por inspirarme a ser la mejor persona y profesional que pueda admirar cuando crezca.

Agradezco a todas las personas que fueron parte de este proceso y que me ayudaron a amar esta carrera, a mi colega Raúl Tigua por siempre estar ahí y acompañarme todos estos años, desde la primera vez que atendí a un paciente hasta este momento, a Ismael Duque por enseñarme a nunca rendirme en las clínicas y por ser mi aliado en los malos ratos, a las primeras personas que llegaron a mi corazón en el inicio de mi carrera Romina Román, Daniela Gudiño, María Emilia Fierro, Geanella Burgos, Alejandro Llerena, Nathaly Montenegro y Jean Carlos Moreira.

A mis futuros colegas con los que me graduaré, por hacer este ciclo demasiado especial, y lleno de buenos momentos Maylin lino, Marcela Ordóñez, José Broquez, Damaris rivera, Yarizta Domínguez, Anahí Ramírez, Kevin Delgado, Kevin Sánchez, Isaac Zambrano, Sebastián Guillén y todas las otras personas que intencional o no fueron parte de mi crecimiento.

Finalmente a mi tutor Juan Carlos Gallardo Bastidas por todo el apoyo, sus consejos y ayuda han sido esenciales no solo en esta tesis si no para el resto de mi vida como odontóloga.

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este triunfo a mi familia principalmente a mis abuelos los que estan en el cielo por enseñarme lo que es trabajar duro por lo que amas, a mi abuelito Alex que Dios me ha permitido tenerlo conmigo pueda verme graduada; a mi papá, a mi mamá y mi hermano por ser mi inspiració. Todo mi esfuerzo y dedicación y el éxito que voy a tener es dedicado a ellos.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Od. Bermúdez Velázquez, Andrea Cecilia**  
DIRECTORA DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Od. Ocampo Poma, Estefanía del Rocío**  
DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Od. Bermúdez Velázquez, Andrea Cecilia**  
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – ODONTOLOGÍA  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CALIFICACIÓN**

**TUTOR**

*Juan Carlos Gallardo B.*

f. \_\_\_\_\_

**Od. Gallardo Bastidas, Juan Carlos**

# Preferencias clínicas de diseños y materiales para la rehabilitación de implantes unitarios: encuesta dirigida a odontólogos.

Ramón Beltrán María Alejandra<sup>1</sup>, Gallardo Bastidas Juan Carlos<sup>2</sup>

Estudiante de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil<sup>1</sup> Docente de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil Especialista de Rehabilitación Oral<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** La correcta colocación del implante dental es un factor decisivo en el éxito de una restauración, no solo la selección adecuada materiales, sino también identificar las estrategias más efectivas para corregir distintas dificultades. **Objetivo:** Determinar e informar las preferencias clínicas de los diseños y materiales utilizados para la rehabilitación de implantes unitarios en odontólogos. **Materiales y métodos:** Se realizó una encuesta dirigida a odontólogos ecuatorianos mediante la plataforma QuestionPro, el enlace fue enviado a los representantes de los colegios odontológicos de Ecuador, quienes lo compartieron con sus colegas, además se difundió a través de redes sociales. Estos datos fueron tabulados, graficados y analizados. **Resultados:** De 735 cuestionarios enviados, se obtuvo una tasa de finalización del 57,9%, con un promedio de respuesta de 5 minutos (426 encuestas completadas). La mayoría prefirió implantes a nivel óseo (87,7%) y restauraciones atornilladas (61,7%), el 49,8% de zirconio con pilar de titanio. En un escenario similar con una angulación ligeramente vestibular, Se optó por restauraciones cementadas (45,5%). En el caso del reemplazo de un solo molar mandibular en condiciones ideales, se prefirieron implantes a nivel óseo (81,5%) y restauraciones atornilladas (70,7%), con un 50% de las restauraciones de zirconio con pilar de titanio y un 41,5% de metal-cerámica. **Conclusiones:** Estos resultados revelan las preferencias actuales en la rehabilitación de implantes unitarios, basadas en el tratamiento "ideal" para mejorar el bienestar oral. **Palabras Claves:** Implante dental, estética, impresión digital, corona sobre implante, complicaciones, pilar de titanio, cementos dentales, exceso de cemento.

## SUMMARY

**Introduction:** Correct placement of dental implants is a decisive factor in the success of a restoration, not only the selection of appropriate materials, but also identifying the most effective strategies to correct different difficulties.

**Objective:** Determine and report the clinical preferences of the designs and materials used for the rehabilitation of single implants in dentists.

**Materials and methods:** A survey was conducted among Ecuadorian dentists using the QuestionPro platform. The link was sent to the representatives of the dental schools in Ecuador, who shared it with their colleagues. It was also disseminated through social networks. These data were tabulated, graphed and analyzed.

**Results:** Of the 735 questionnaires sent, a completion rate of 57.9% was obtained, with an average response time of 5 minutes (426 surveys completed). For the replacement of a maxillary central incisor in ideal conditions, the majority preferred bone-level implants (87.7%) and screw-retained restorations (61.7%), with 49.8% of these zirconia restorations with a titanium abutment. In a similar scenario with a slightly buccal angulation, respondents opted for cemented restorations (45.5%). In the case of replacing a single mandibular molar under ideal conditions, bone-level implants (81.5%) and screw-retained restorations (70.7%) were preferred, with 50% of the zirconia restorations having a titanium abutment and 41.5% metal-ceramic.

**Conclusions:** These results reveal current preferences in single implant rehabilitation, based on the “ideal” treatment to improve oral well-being.

**Keywords:** Dental implant, aesthetics, digital impression, crown on implant, complications, titanium column, dental cements, excess cement.

## INTRODUCCIÓN

Posterior a la colocación del implante, su restauración es un protocolo desafiante y demandado en la actualidad, la cual debe ser factible funcionalmente y cumplir una serie de requisitos estéticos importantes como: tamaño, forma, alineación dental, inclinación axial, color, material, tejidos blandos periimplantarios en salud y perfil de emergencia ideal.<sup>1 2</sup>

El uso de la tecnología digital como escáneres intraorales (IOS) y sistemas de diseño/fabricación asistidos por ordenador (CAD/CAM) ha revolucionado en los últimos años para la fabricación de coronas y puentes en odontología,<sup>3</sup> a pesar de su eficacia, las impresiones analógicas también han demostrado altas tasas de efectividad, entre las opciones más comunes se encuentran cubeta cerrada y cubeta abierta.<sup>4</sup>

Para la rehabilitación es esencial que la restauración tenga integración con el implante, estabilidad, distribución de carga y estética por ello es necesario elegir un correcto pilar, el cual asegura que la prótesis dental esté

firmemente anclada y alineada, existen pilares rectos, angulados y estéticos, entre los materiales más comunes encontramos: titanio, zirconio, oro y poliéster éter cetona (PEEK), los cuales son biomateriales de alta resistencia, que proporcionan una mejor adaptación e integración del color y la superficie de los tejidos blandos.<sup>5</sup>

El tipo de material para la restauración de la corona debe tener características adecuadas para el paciente, anteriormente se utilizaba metal-cerámica pero en la actualidad hay nuevas opciones de materiales los cuales generan una mayor translucidez, resistencia a la fractura, compatibilidad con los márgenes gingivales y resistencia a la corrosión entre ellos cerámicas dentales altamente estéticas como las vitrocerámicas reforzadas (cerámica de vidrio de di silicato de litio), cerámicas dentales de alta resistencia como diferentes generaciones de zirconio (Zr). También se desarrollaron materiales híbridos que representan una combinación de cerámicas y resinas.<sup>6 1</sup>

La rehabilitación constituye una parte esencial en el fracaso o éxito de un implante dental.<sup>5</sup> Las complicaciones más comunes que encontramos son la fractura del material restaurador, periimplantitis, aflojamiento de tornillos e isquemia por torques mayor a 50 Ncm,<sup>7</sup> el mismo que según distintos fabricantes debe tener el ajuste recomendado entre valores de 20-40 NCM asegurar la

longevidad y evitar el fracaso de la prótesis sobre implante.<sup>8</sup>

La evolución de los materiales, los enfoques en la restauración y el marketing ha avanzado más rápido que la investigación clínica. Esta falta de evidencia presenta un desafío para los profesionales.<sup>9</sup>

El objetivo de este estudio es determinar las preferencias clínicas de los diseños y materiales utilizados para la rehabilitación de implantes unitarios.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una encuesta tomando como referencia el artículo “Clinician preferences for single unit implant restoration designs and materials: A survey of the membership of the Pacific Coast Society for Prosthodontics”, del doctor Dr. Todd R. Schoenbaum y colaboradores la cual fue sometida a un proceso de traducción académica y validación para garantizar su precisión.<sup>9 10</sup>

Se tomo en cuenta a los odontólogos ecuatorianos, de los cuales según INEC existen 5203, para la selección de este estudio se aplicaron criterios de inclusión como: estar de acuerdo con el consentimiento informado y que rehabiliten al menos 1 corona sobre implante al mes.

Mediante la plataforma QuestionPro, se envió un enlace a los representantes de los colegios odontológicos de Ecuador, quienes lo compartieron con sus colegas del sector. Adicionalmente el cuestionario se difundió a través de redes sociales, como whatsapp, instagram facebook, correo electrónico entre otros.

Se registraron un total de 735 visualizaciones de la encuesta. De estas 32 (4.35%) no completaron el proceso debido al consentimiento informado, y 108 personas (16.24%) no rehabilitan al menos un implante dental al mes. Finalmente 595 personas continuaron con la encuesta de las cuales 169 (28,4%) la abandonaron, llegando así al resultado de 426 encuesta completadas. Esto generó una tasa de finalización del 57,9% con un promedio de respuesta de 5 minutos. Se puso énfasis en las preferencias de los encuestados por el tratamiento ideal en 4 escenarios clínicos diferentes (tabla1)

La información demográfica: edad,

**Tabla 1. Escenarios de implantes unitarios en la encuesta**

Preguntas de la encuesta	
Escenario 1	Implante en el incisivo central superior izquierdo. El orificio de acceso al tornillo en línea recta palatal al borde incisal, centrado mesio-distalmente y línea de sonrisa alta.
Escenario 2	Al igual que en la sección anterior ( implante central superior izquierdo) excepto que el orificio de acceso al tornillo saldría ligeramente vestibular hacia el borde incisal en línea recta centrado mesio-distalmente y con una línea sonrisa alta.
Escenario 3	Implante la zona del primer molar inferior izquierdo. El orificio de acceso al tornillo saldría a través del centro de la mesa oclusal, diámetro mesiodistal (MD), y bucolingual centrado (BL). El espacio del MD en los contactos interproximales es de 11mm. El paciente cumple con usar guarda oclusal. La dentición está sana e intacta hasta los segundos molares.
Escenario 4	Implante en la zona del segundo molar inferior izquierdo. El orificio de acceso al tornillo saldría a través del centro de la mesa oclusal, MD y BL centrado. El paciente se niega a usar guarda oclusal. Maceteros agrandados e historial de implantes rotos.

sexo, país, provincia, formación académica y número de implantes colocados.

Cada sección tenía varias preguntas en las que resaltamos el

número de implantes colocados, material de la corona y del pilar, impresión analógica o digital, tipo de retención, protocolo de torque, complicación más esperada, profundidad de los márgenes entre otras.

Para todos los escenarios (a menos que se indique lo contrario) se formularon preguntas considerando pacientes dentro de la “American Society of Anesthesiologists 1” o “ASA 1, con un implante osteointegrado bien posicionado, dimensiones adecuadas del espacio edéntulo, tejido periimplantario adecuado, fenotipo y arquitectura gingival saludable, articulación temporomandibular músculos masticadores y rango de movimiento dentro de los parámetros normales, oclusión

mutuamente protegida con guía superficial, posición máxima de intercuspidadación, sin signos de dentición bilateral o bruxismo, relación mandibular clase 1 de Angle y todas las demás piezas dentales estén saludables y no han sido rehabilitadas.<sup>9</sup>

Para organizar los resultados, se utilizaron tablas de distribución de frecuencias absolutas (n) y relativas (%), lo cual permitió describir de manera clara las características demográficas de los encuestados, así como los diferentes escenarios planteados en la encuesta.

El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos Universidad Católica Santiago de Guayaquil aprobó la investigación mediante el documento Nro. CEISH-UCSG-005-202

## RESULTADOS

**Tabla 2** Características demográficas de los encuestados

	n	%
<b>Edad</b>		
20 a 40	253	59,4%
41 a 51	147	34,5%
52 y más	26	6,1%
<b>Sexo</b>		
Femenino	187	43,9%
Masculino	239	56,1%
<b>Provincia donde ejerce su profesión</b>		
Pichincha	83	19,8%
Azuay	56	13,4%
Guayas	66	15,8%
El Oro	50	11,9%
Otra	164	39,1%
<b>Formación académica</b>		
Odontólogo general	100	23,5%
Odontólogo especialista	320	75,1%
Otra	6	1,4%
<b>Tipo de especialidad</b>		
Rehabilitación/Prostodoncia	118	36,9%
Odontología restauradora	86	26,9%
Periodoncia	71	22,2%
Implantología	38	11,9%
Otra	7	2,2%
<b>Implantes individuales que ha colocado</b>		
< 250	227	53,3%
250 a 2500	179	42,0%
> 2500	20	4,7%

Los resultados demográficos son presentados en la tabla 2 permitieron determinar que la mayoría de los encuestados se encuentra en el rango de edad de 20 a 40 años (59,4%), seguidos por aquellos de 41 a 51 años (34,5%), mientras que un menor porcentaje tiene 52 años o más (6,1%). En cuanto al sexo, predominan los hombres (56,1%) sobre las mujeres (43,9%).

La mayoría de los profesionales ejercen en Pichincha la provincia con mayor representación entre las mencionadas (19,8%), seguida de Guayas (15,8%), Azuay (13,4%) y El Oro (11,9%).

En lo que respecta a la formación académica, la mayoría de los encuestados son odontólogos especialistas (75,1%), mientras que los odontólogos generales representan el 23,5%. Solo un pequeño porcentaje tiene otra formación académica (1,4%). Dentro de las especialidades, Rehabilitación/Prostodoncia es la más común (36,9%), seguida de Odontología Restauradora (26,9%), Periodoncia (22,2%) e Implantología (11,9%). Por último, en términos de experiencia en la colocación de implantes individuales, más de la mitad de los encuestados ha colocado menos de 250 implantes (53,3%), el 42,0% ha colocado entre 250 y 2500 implantes, y solo un 4,7% ha colocado más de 2500 implantes.

**Tabla 3** Preferencias para la restauración de un implante en el incisivo central superior izquierdo, el orificio de acceso al tornillo en línea recta palatal al borde incisal, centrado mesio-distalmente y línea de sonrisa alta.

<b>¿Diseño de implante preferido? (n = 426)</b>		
A nivel óseo	374	87,7%
A nivel de tejido	24	5,6%
Otro	28	6,6%
<b>¿Material preferido para el implante? (n = 426)</b>		
Aleación de titanio	415	97,4%
Zirconia	5	2,4%
Otro	1	0,2%
<b>Preferencia de impresión (n = 426)</b>		
Impresión analógica	196	46,0%
Impresión digital con contornos de tejidos blandos	230	54,0%
<b>Tipo de impresión analógica (n = 196)</b>		
Cubeta cerrada	11	5,6%
Cubeta abierta	96	49,0%
Cubeta cerrada personalizada	4	2,0%
Cubeta abierta personalizada	85	43,4%
<b>Tipo de impresión digital (n = 230)</b>		
Escaneo intraoral	230	100,0%
<b>¿Qué tipo de retención prefiere para implantes definitivos? (n = 426)</b>		
Cementada	132	31,0%
Atornillada (incluyendo pilar UCLA, corona "atornillada" y similares)	263	61,7%
Otra	31	7,3%
<b>Tipo de retención atornillada (n = 263)</b>		
Porcelana fundida sobre metal (UCLA)	43	16,4%
Zirconia con base de titanio	131	49,8%
Disilicato de litio con base de titanio	82	31,1%
Zirconia sin base de titanio	5	1,9%
Otra	2	0,8%
<b>¿En qué momento hace radiografías? (respuesta múltiple, n = 1087)</b>		
Antes de las impresiones	200	46,90%
Después de fijar el pilar/implante	185	43,40%
Al culminar la corona	176	41,30%
En la primera cita de seguimiento	167	39,20%
En todas las citas de seguimiento	358	84,00%
Nunca	1	0,20%
<b>¿Cuándo es el momento de hacer la primera cita de seguimiento? (n = 426)</b>		
Dentro de 1 mes después de la fijación	296	69,5%
Entre 1 y 6 meses	121	28,4%
Entre 6 meses y 1 año	9	2,1%
Después de 1 año		
<b>¿Qué evalúa en las citas de seguimiento? (respuesta múltiple, n = 1693)</b>		
Salud del tejido blando periimplantario	353	82,9%
Profundidades de sondaje periimplantarias	315	73,9%
Nivel óseo periimplantario	309	72,5%
Oclusión	215	50,5%
Estabilidad de la corona	255	59,9%
Contactos interproximales	240	56,3%
Otro	6	1,4%
<b>Con base en su experiencia, ¿cuál es la complicación más esperada en estos pacientes a lo largo de la vida útil de los implantes? (n = 426)</b>		
Aflojamiento de tornillos	138	32,4%
Fractura de la prótesis o de la porcelana	49	11,5%
Periimplantitis	170	39,9%
Recesión del tejido periimplantario	56	13,2%
Cambios relacionados con el crecimiento y desarrollo	4	0,9%
Separación del punto de contacto con el diente adyacente	5	1,2%
Ninguna	2	0,5%
Otra	2	0,5%
<b>¿Qué protocolo de torque sigue para la colocación de implantes definitivos? (n = 426)</b>		
Torque completo a la primera	189	44,4%
Torque completo más de una vez, de forma sucesiva en la cita para la fijación	25	5,8%
Torque completo, y nuevamente después de más de 5 minutos	187	43,9%
Torque completo, y nuevamente después de más de 5 minutos de 24 horas (en otra cita)	14	3,3%
Otro	11	2,6%

Mediante la tabla 3 se pudo conocer que, la mayoría de los profesionales encuestados prefiere utilizar implantes a nivel óseo (87,7%) y opta por la aleación de titanio como material preferido para el implante (97,4%). En cuanto a las preferencias de impresión, la impresión digital con contornos de tejidos blandos es ligeramente más popular (54,0%) que la impresión analógica (46,0%). Dentro de las opciones de impresión digital, el escaneo intraoral es utilizado por todos los encuestados (100,0%).

En términos de retención de los implantes, la opción atornillada es la más favorecida (61,7%), siendo la zirconia con base de titanio la elección predominante dentro de las opciones atornilladas (49,8%). La mayoría de los profesionales realiza radiografías en todas las citas de seguimiento (84,0%) y programa la primera cita de seguimiento dentro del primer mes después de la fijación del implante (69,5%). Durante estas citas, la salud del tejido blando periimplantario es la principal evaluación realizada (82,9%).

La complicación más esperada durante la vida útil de los implantes es la periimplantitis (39,9%), seguida por el aflojamiento de tornillos (32,4%). En cuanto al protocolo de torque para la colocación de implantes definitivos, el 44,4% de los encuestados prefiere aplicar el torque completo en la primera cita, mientras que un 43,9% lo aplica nuevamente después de más de 5 minutos.

**Tabla 4** Al igual que en la sección anterior, (implante central superior izquierdo) excepto que el orificio de acceso al tornillo saldrá ligeramente vestibular hacia el borde incisal en línea recta centrado mesio-distalmente con una línea de sonrisa alta

	n	%
<b>¿Qué tipo de retención prefiere para implantes definitivos? (n = 426)</b>		
Cementada	194	45,5%
Retención con tornillos usando un sistema de tornillo angulado que movería el acceso a la superficie palatina de la corona.	185	43,4%
Retención con tornillos (incluyendo Pilar UCLA, corona "atornillada" y similares) con un orificio de acceso en línea recta para el tornillo a través de la cara de la corona.	40	9,4%
Otra	7	1,6%
<b>¿De qué material el pilar? (n = 194)</b>		
Titanio común	112	57,7%
Titanio fresado personalizado	44	22,7%
Zirconia común de contorno completo	8	4,1%
Zirconia de contorno completo personalizado	7	3,6%
Zirconia personalizado con base de titanio	21	10,8%
Aleación de cobalto y cromo fundido (con o sin porcelana estratificada)	2	1,0%
<b>¿Cuál es su tipo de cemento preferido? (n = 194)</b>		
Resina	174	89,7%
Ionómero de vidrio	4	2,1%
Ionómero de vidrio modificado con resina	12	6,2%
Policarboxilato	2	1,0%
Otro	2	1,0%
<b>¿De qué material la corona? (n = 194)</b>		
Disilicato de litio (con o sin porcelana estratificada).	44	22,7%
Metal cerámica	35	18,0%
Zirconia (con o sin porcelana estratificada).	114	58,8%
Otro	1	0,5%
<b>¿Cuál es la profundidad máxima que recomienda para los márgenes? (n = 194)</b>		
0-0,5 mm	3	1,5%
0,5-1 mm	9	4,6%
1-2 mm	42	21,6%
>2 mm	138	71,1%
Otra	2	1,0%

En la restauración de un implante único que reemplace el incisivo central izquierdo superior, las preferencias de retención están divididas casi equitativamente entre una retención cementada (45,5%) y una retención con tornillos utilizando un sistema de tornillo angulado que movería el acceso a la superficie palatina de la corona (43,4%). Una menor proporción de encuestados prefiere la retención con tornillos con un orificio de acceso en línea recta a través de la cara de la corona (9,4%) (Tabla 4).

En cuanto al material del pilar, la opción más popular es el titanio titanio común (57,7%), seguido por el titanio fresado personalizado (22,7%). La zirconia personalizada con base de titanio es preferida por un 10,8% de los encuestados, mientras que otras opciones como la zirconia común de contorno completo y la aleación de cobalto y cromo fundido son menos comunes (Tabla 4).

El cemento más utilizado para fijar estas restauraciones es la resina (89,7%), superando ampliamente a otras opciones como el ionómero de vidrio modificado con resina (6,2%) y el ionómero de vidrio convencional (2,1%). Respecto al material de la corona, la mayoría de los profesionales opta por la zirconia (con o sin porcelana estratificada) (58,8%), seguida por el disilicato de litio (22,7%) (Tabla 4).

Finalmente, en relación con la profundidad máxima recomendada para los márgenes, la gran mayoría de los encuestados recomienda márgenes de más de 2 mm (71,1%), mientras que un 21,6% prefiere una profundidad de 1 a 2 mm. Las opciones para profundidades menores a 1 mm son menos frecuentes (Tabla 4).

**Tabla 5** Preferencias para restaurar el reemplazo de un solo implante en el primer molar mandíbula izquierda, el canal del tornillo saldría por el centro de la tabla oclusal, centrado en el sitio edéntulo, e espacio MD en los contactos interproximales es de 11 mm, el paciente cumple con el uso de un protecto oclusal y la dentición permanece sana e intacta hasta los segundos molares

	n	%
<b>¿Diseño de implante preferido? (n = 426)</b>		
A nivel óseo	347	81,5%
A nivel óseo con pilar intermedio	50	11,7%
A nivel del tejido	9	2,1%
Una pieza (el pilar y el implante son una sola pieza sólida)	4	0,9%
Ambivalente	1	0,2%
Otro	15	3,5%
<b>¿Qué tipo de retención prefiere para implantes definitivos? (n = 426)</b>		
Cementada	106	24,9%
Atornillada (incluyendo pilar UCLA, corona "atornillada" y similares)	301	70,7%
Otra	19	4,5%
<b>¿De qué material el pilar? (n = 106)</b>		
Titanio común	42	39,6%
Titanio fresado personalizado	34	32,1%
Zirconia común de contorno completo	9	8,5%
Zirconia de contorno completo personalizado	7	6,6%
Zirconia personalizado con base de titanio	13	12,3%
Aleación de oro fundido (con o sin porcelana estratificada)	1	0,9%
<b>¿De qué material la corona? (n = 106)</b>		
Disilicato de litio (con o sin porcelana estratificada)	8	7,5%
<u>Metal cerámica</u>	44	41,5%
Zirconia (con o sin porcelana estratificada)	53	50,0%
Otro	1	0,9%
<b>¿Cuál es la profundidad máxima que recomienda para los márgenes? (n = 106)</b>		
0-0,5 mm	1	0,9%
0,5-1 mm	1	0,9%
1-2 mm	24	22,6%
>2 mm	79	74,5%
Otra	1	0,9%
<b>¿De qué tipo/material atornillada? (n= 301)</b>		
Porcelana fundida sobre metal (UCLA).	25	8,3%
Zirconia con base de titanio.	187	62,1%
Disilicato de litio con base de titanio.	73	24,3%
Zirconia sin base de titanio.	3	1,0%
Otro	13	4,3%
<b>Con base en su experiencia, ¿cuál es la complicación más esperada en estos pacientes a lo largo de la vida útil de los implantes? (n = 426)</b>		
Aflojamiento de tornillos.	114	26,8%
Fractura de la prótesis o de la porcelana.	69	16,2%
Periimplantitis.	180	42,3%
Recesión del tejido periimplantario.	33	7,7%
Cambios relacionados con el crecimiento y desarrollo	4	0,9%
Separación del punto de contacto con el diente adyacente.	25	5,9%
Otra	1	0,2%

Los resultados de la tabla 5 muestran que, en la restauración de un implante para reemplazar el primer molar mandibular izquierdo, la mayoría de los encuestados prefiere un implante a nivel óseo (81,46%), mientras que un 11,74% opta por un implante a nivel óseo con pilar intermedio. Las opciones como el implante a nivel de tejido o de una sola pieza son menos populares.

En cuanto al tipo de retención para implantes definitivos, la retención atornillada, que incluye opciones como el pilar UCLA y coronas atornilladas, es la más preferida (70,66%), mientras que la retención cementada es seleccionada por un 24,88% de los encuestados.

Para el material del pilar en los casos de retención cementada, el titanio común es la opción más utilizada (39,62%), seguido por el titanio fresado personalizado (32,08%). La zirconia personalizada con base de titanio también es considerada, aunque en menor medida (12,26%).

Respecto al material de la corona, la zirconia (con o sin porcelana estratificada) es la elección principal (50,00%), seguida por el metal cerámico (41,51%). El disilicato de litio es menos comúnmente utilizado (7,55%).

En términos de la profundidad máxima recomendada para los márgenes, la mayoría de los encuestados sugiere una profundidad de más de 2 mm (74,53%), con un 22,64% optando por una profundidad de 1 a 2 mm,

mientras que las profundidades menores a 1 mm son muy poco recomendadas.

El tipo de material Zirconia con base de titanio (62,1%) es el preferido en el caso de retención atornillada. Y de acuerdo con la experiencia de los participantes la periimplantitis (42,3%) y el aflojamiento de tornillos (26,8%) son las complicaciones que mayormente se esperan en los pacientes a lo largo de la vida útil de los implantes.

**Tabla 6** Preferencias del médico para restaurar el reemplazo de un solo implante en el segundo molar mandibular izquierdo, el canal del tornillo saldría por el centro de la tabla oclusal, centrado en el sitio edéntulo, el paciente rechaza la protección oclusal, maseteros agrandados y antecedentes de restauraciones rotas

	n	%
Si el paciente deseara hacerse un tratamiento de implantes en este sitio, ¿lo atendería? (n = 426)		
Sí	153	35,9%
No	273	64,1%
¿Qué tipo de retención prefiere para implantes definitivos? (n = 153)		
Cementada	69	45,1%
Atornillada (incluyendo pilar UCLA, corona "atornillada" y similares)	70	45,8%
Otra	14	9,2%
¿De qué material el pilar? (n = 69)		
Titanio común	45	65,2%
Titanio fresado personalizado	5	7,2%
Zirconia común de contorno completo	0	0,0%
Zirconia de contorno completo personalizado	1	1,4%
Zirconia personalizado con base de titanio	13	18,8%
Aleación de oro fundido (con o sin porcelana estratificada)	0	0,0%
Aleación de cobalto y cromo fundido (con o sin porcelana estratificada)	5	7,2%
¿De qué material la corona? (n = 69)		
Disilicato de litio monolítico	2	2,9%
Disilicato de litio estratificado	2	2,9%
Metal cerámica	54	78,3%
Zirconia monolítico	0	0,0%
Zirconia estratificado	11	15,9%
¿De qué tipo/material para el caso de atornillada? (n = 70)		
Porcelana fundida sobre metal (UCLA)	11	15,7%
Zirconio con base de titanio	42	60,0%
Disilicato de litio con base de titanio	13	18,6%
Zirconio sin base de titanio	1	1,4%
Otro	3	4,3%
Con base en su experiencia, ¿cuál es la complicación más esperada en estos pacientes a lo largo de la vida útil de los implantes? (n = 153)		
Aflojamiento de tornillos	23	15,0%
Fractura de la prótesis o de la porcelana	64	41,8%
Periimplantitis	48	31,4%

Los resultados de la Tabla 6 muestran que, en el caso de restauración de un solo implante en el segundo molar mandibular izquierdo, con antecedentes de maseteros agrandados y restauraciones rotas, la mayoría de los médicos encuestados (64,1%) optarían por no atender al paciente para este tratamiento de implantes, mientras que solo un 35,9% estaría dispuesto a hacerlo.

Entre los médicos que sí realizarían el tratamiento, la preferencia está dividida entre la retención cementada (45,1%) y la retención atornillada, incluyendo pilares UCLA y coronas "atornilladas" (45,8%). En cuanto al material del pilar, el titanio común es

ampliamente preferido (65,2%), seguido por la zirconia personalizada con base de titanio (18,8%).

Para las coronas, la mayoría de los médicos prefiere el metal cerámico (78,3%), con un menor porcentaje optando por la zirconia estratificada (15,9%). En los casos de coronas atornilladas, el zirconio con base de titanio es el material preferido (60,0%).

Respecto a las complicaciones esperadas a lo largo de la vida útil de los implantes en estos pacientes, la fractura de la prótesis o de la porcelana es la complicación más anticipada (41,8%), seguida por la periimplantitis (31,4%) y el aflojamiento de tornillos (15,0%).

## DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue determinar las opciones para la restauración de implantes unitarios en distintos escenarios clínicos.

Los hallazgos revelaron que, los odontólogos prefieren los implantes a nivel óseo en todos los escenarios clínicos, 87,7% (tabla 3) 81,5% (tabla 5). Estos resultados coinciden con los estudios de *Todd R. y colaboradores* el cual destaca en su encuesta la preferencia por implantes a nivel óseo en todos sus casos clínicos.<sup>9</sup> Debido a su capacidad de carga funcional, biocompatibilidad y excelente osteointegración, los implantes pueden soportar fuerzas masticatorias similares a las de un diente natural. En comparación, los implantes a nivel de tejido que carecen de estabilidad y estética especialmente en contornos de emergencia y arquitectura gingival.

Para el material del implante (no el pilar) las preferencias fueron muy notorias con los implantes de titanio en un 78,5% (tabla 3), lo que concuerda con el estudio de *Nicholson y colaboradores* el cual indica que las tasas de éxito en la

supervivencia de los implantes de titanio son del 97-99% a 10 años, por lo tanto, se puede concluir, que el titanio sigue siendo, en la actualidad, el material de referencia por excelencia.<sup>11</sup>

El material preferido para la impresión de tejidos blandos, según el 54% de los encuestados (tabla 3), es la impresión digital, la cual se basa en la adquisición de imágenes para transferir la posición del implante a un modelo virtual, un estudio de *Seelbach y colaboradores* compararon las técnicas de impresión digital y convencional para coronas, de las cuales no encontraron diferencias entre los márgenes de las coronas fabricados a partir de impresiones convencionales o digitales,<sup>12</sup> revisiones sistemáticas realizadas por *Chochlidakis, Ahlholm y colaboradores*. Encontraron que la calidad de las coronas y puentes fabricados a partir de impresiones convencionales o digitales era buena y no se observaron diferencias entre ellas.<sup>13 14</sup> por el contrario en una revisión realizada por *Long y colaboradores*. Indicó en su estudio que la impresión digital

tiene una mayor aceptación, menor incomodidad para el paciente, un tiempo de consulta más corto, mayor nitidez de los tejidos, y la capacidad de almacenar la información biométrica de la cual los pacientes mostraron preferencia sobre la técnica convencional.<sup>5 3</sup>

El clínico debe decidir el tipo de retención: atornillada o cementada. En la sección 1, el 61,7% de los encuestados optó por la retención atornillada (tabla 3), y resultados similares se encontraron en la sección 3, con un 70,7% (tabla 5). Datos que concuerdan con el estudio *Todd R. y colaboradores* en el que se tuvo una preferencia por el tipo de retención atornillada con un (80%).<sup>9</sup> La retención atornillada permite modificar el tratamiento sin destruir la prótesis, reduce la tensión y riesgo de periimplantitis al evitar el uso de cementos.<sup>15</sup>

Al contrario, la sección 2 la restauración cementada fue preferida por el 45,5% (tabla 4), con la resina como material de cementación elegido en un 89,7%. Sin embargo, el estudio de *Todd R. y colaboradores* mostró una mayor preferencia por la retención

atornillada en todos sus casos clínicos, optando por un sistema de tornillo con ligera angulación vestibular, con un 55% en lugar de cementación.<sup>9</sup> Un estudio realizado por *Millen y colaboradores, Sallery colaboradores, Wittneben y colaboradores* Informan que ambos tipos de restauraciones atornilladas y cementadas produjeron resultados clínicos favorables, aunque la principal desventaja de las restauraciones cementadas es un exceso de cemento que pueda provocar inflamación de la mucosa periimplantaria y, posteriormente, pérdida ósea marginal.<sup>16 17 18</sup> Sin embargo, un estudio clínico *Assenza y colaboradores* Informo que no existes diferencias en el infiltrado inflamatorio de las coronas cementadas si se aplica un protocolo clínico estricto de cementación que incluya la colocación de hilos de retracción y la búsqueda del exceso de cemento mediante métodos visuales, táctiles y radiográficos.<sup>15</sup>

En todos los escenarios, el pilar de titanio fresado gano con 57,7% (tabla 4) y titanio común con 39,6% (tabla 5). Este resultado coincide con diversos estudios, lo que

convierte a este material en el más validado en la literatura con respecto a pilares.

En todos los escenarios el material principal de la restauración es zirconio a base de titanio, 49,8% (tabla 3) 58,8% (tabla 4) 50 % (tabla 5) excepto en el último escenario, el cual se prefirió la restauración a base de metal cerámica con 78,3% (tabla 5), según *Jung y colaboradores* compararon restauraciones de zirconio y de metal, y como resultado se demostró que las tasas de supervivencia a nivel restaurador fueron similares.<sup>19</sup>

La elección de la corona adherida a una base de titanio ha ganado popularidad en comparación con las restauraciones personalizadas de metal cerámica, al demostrar una traslucidez y estética, al igual que biocompatibilidad con los tejidos.<sup>20</sup>

Como complicación más común en una restauración encontramos la

periimplantitis, en la sección 1 y 3 con un 39,9% (tabla 3), 42,3% (tabla 5). Algunos factores, como la viscosidad del cemento, la posición marginal de la restauración y el diámetro del implante, también podrían tener efecto en el desarrollo y progresión de periimplantitis. La cual como signos clínicos se puede visualizar sangrado al sondaje, supuración y a la unión periimplantaria pérdida.<sup>21</sup>  
<sup>22 23</sup> A diferencia del escenario 4 en el que el paciente rechaza la protección oclusal, maseteros agrandados y antecedentes de restauraciones rotas, que eligieron como principal complicación a la fractura de prótesis o porcelana con un 41,8% (tabla 6).

El presente estudio se centra en las preferencias para la restauración con implantes unitarios. La evolución de la tecnología digital en implantología está revolucionando el campo proporcionando a los odontólogos un número cada vez mayor de enfoques y tratamientos.

## **CONCLUSIONES**

Han demostrado una clara preferencia por los implantes a nivel óseo, destacando el uso de implantes y pilares de titanio como principal opción en todos los escenarios clínicos.

Prefirieron las restauraciones atornilladas excepto el escenario con un acceso al tornillo ligeramente vestibular.

Los materiales más populares son el zirconio con base de titanio en el sector anterior y metal cerámico para el sector posterior.

El nivel de instrucción de los odontólogos es clave para la salud oral de sus pacientes. Este estudio aporta información útil para guiar intervenciones personalizadas según la posición del implante y estrategias de atención que mejoren la calidad de vida y el bienestar oral en futuras rehabilitaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ahlholm P, Sipilä K, Vallittu P, Jakonen M, Kotiranta U. Digital Versus Conventional Impressions in Fixed Prosthodontics: A Review. *J Prosthodont Off J Am Coll Prosthodont.* enero de 2018;27(1):35-41.
2. Albayrak H, Gumus HO, Tursun F, Kocaagaoglu HH, Kilinc HI. Accuracy of torque-limiting devices: A comparative evaluation. *J Prosthet Dent.* enero de 2017;117(1):81-6.
3. C M, U B, Jg W. Influence of prosthesis type and retention mechanism on complications with fixed implant-supported prostheses: a systematic review applying multivariate analyses. *Int J Oral Maxillofac Implants* [Internet]. febrero de 2015 [citado 25 de agosto de 2024];30(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25615920/>
4. Chochlidakis KM, Papaspyridakos P, Geminiani A, Chen CJ, Feng IJ, Ercoli C. Digital versus conventional impressions for fixed prosthodontics: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent.* agosto de 2016;116(2):184-190.e12.
5. Costa Berenguer X, Díez Pérez R, Bascones Martínez A, Costa Berenguer X, Díez Pérez R, Bascones Martínez A. Cirugía plástica en implantes del sector anterior. *Av En Periodoncia E Implantol Oral.* 2017;29(2):67-75.
6. De Kok IJ, Duqum IS, Katz LH, Cooper LF. Management of Implant/Prosthodontic Complications. *Dent Clin North Am.* abril de 2019;63(2):217-31.
7. García-Gil I, Cortés-Bretón-Brinkmann J, Jiménez-García J, Peláez-Rico J, Suárez-García MJ. Precision and practical usefulness of intraoral scanners in implant dentistry: A systematic literature review. *J Clin Exp Dent.* agosto de 2020;12(8):e784-93.
8. gudino daniela. Validación de la encuesta sobre preferencias clínicas de diseños y materiales para la rehabilitación de implantes unitarios: encuesta dirigida a Odontólogos del Ecuador. [Internet]. [ecuador]: universidad catolica santiago de guayaquil; 2024. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/22687>
9. Hafezeqoran A, Koodaryan R. Effect of Zirconia Dental Implant Surfaces on Bone Integration: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Res Int.* 2017;2017:9246721.

10. Jung RE, Zembic A, Pjetursson BE, Zwahlen M, Thoma DS. Systematic review of the survival rate and the incidence of biological, technical, and aesthetic complications of single crowns on implants reported in longitudinal studies with a mean follow-up of 5 years. *Clin Oral Implants Res.* octubre de 2012;23 Suppl 6:2-21.
11. Korsch M, Robra BP, Walther W. Predictors of Excess Cement and Tissue Response to Fixed Implant-Supported Dentures after Cementation. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2015;17(S1):e45-53
12. Lamperti ST, Wolleb K, Hämmerle CHF, Jung RE, Hüsler J, Thoma DS. Cemented versus screw-retained zirconia-based single-implant restorations: 5-year results of a randomized controlled clinical trial. *Clin Oral Implants Res.* 2022;33(4):353-61.
13. Nagata K, Fuchigami K, Okuhama Y, Wakamori K, Tsuruoka H, Nakashizu T, et al. Comparison of digital and silicone impressions for single-tooth implants and two- and three-unit implants for a free-end edentulous saddle. *BMC Oral Health.* 23 de septiembre de 2021;21(1):464.
14. Nematollahi F, Beyabanaki E, Alikhasi M. Cement Selection for Cement-Retained Implant-Supported Protheses: A Literature Review. *J Prosthodont.* 2016;25(7):599-606.
15. Nicholson J. Titanium Alloys for Dental Implants: A Review. *Prosthesis.* 15 de junio de 2020;2:100-16.
16. Padilla-Avalos CA, Marroquín-Soto C. [Prosthetic intermediaries in oral implantology: Literature review]. *Rev Cient Odontol Univ Cient Sur.* 2021;9(2):e064.
17. Pjetursson BE, Sailer I, Latyshev A, Rabel K, Kohal RJ, Karasan D. A systematic review and meta-analysis evaluating the survival, the failure, and the complication rates of veneered and monolithic all-ceramic implant-supported single crowns. *Clin Oral Implants Res.* octubre de 2021;32 Suppl 21(Suppl 21):254-88.
18. Pjetursson BE, Sailer I, Merino-Higuera E, Spies BC, Burkhardt F, Karasan D. Systematic review evaluating the influence of the prosthetic material and prosthetic design on the clinical outcomes of implant-supported multi-unit fixed dental prosthesis in the posterior area. *Clin Oral Implants Res.* septiembre de 2023;34 Suppl 26:86-103.
19. Sailer I, Mühlemann S, Zwahlen M, Hämmerle CHF, Schneider D. Cemented and screw-retained implant reconstructions: a systematic review of the survival and complication rates. *Clin Oral Implants Res.*

20. Schoenbaum TR, Papaspyridakos P, Kim YK, Arce C, Knoernschild K. Clinician preferences for single-unit implant restoration designs and materials: A survey of the membership of the Pacific Coast Society for Prosthodontics. *J Prosthet Dent* [Internet]. 17 de marzo de 2023 [citado 24 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022391323001166>
21. Seelbach P, Brueckel C, Wöstmann B. Accuracy of digital and conventional impression techniques and workflow. *Clin Oral Investig.* septiembre de 2013;17(7):1759-64.
22. The Positive Relationship Between Excess Cement and Peri-Implant Disease: A Prospective Clinical Endoscopic Study - Wilson Jr. - 2009 - *Journal of Periodontology* - Wiley Online Library [Internet]. [citado 25 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1902/jop.2009.090115>
23. Wittneben JG, Gavric J, Belser UC, Bornstein MM, Joda T, Chappuis V, et al. Esthetic and Clinical Performance of Implant-Supported All-Ceramic Crowns Made with Prefabricated or CAD/CAM Zirconia Abutments: A Randomized, Multicenter Clinical Trial. *J Dent Res.* febrero de 2017;96(2):163-70.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **María Alejandra, Ramón Beltrán**, con C.C: #0706116894 autora del trabajo de titulación: **Preferencias clínicas de diseños y materiales para la rehabilitación de implantes unitarios: encuesta dirigida a odontólogos**, previo al título de **Odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, 9 de septiembre del 2024**

f. \_\_\_\_\_

**María Alejandra, Ramón Beltrán**

C.C: 0706116894



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Preferencias clínicas de diseños y materiales para la rehabilitación de implantes unitarios: encuesta dirigida a odontólogos		
<b>AUTOR(ES)</b>	María Alejandra Ramón Beltrán		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Juan Carlos Gallardo Bastidas		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias de la salud.		
<b>CARRERA:</b>	<b>Odontología</b>		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	<b>Odontólogo</b>		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	09 de septiembre de 2024	<b>No. PÁGINAS:</b>	DE 17 p.
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Rehabilitación, implantología, prostodoncia		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Implante dental; estética; impresión digital; corona sobre implante; complicaciones; pilar de titanio; cementos dentales; exceso de cemento.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>			
<p><b>Introducción:</b> La correcta colocación del implante dental es un factor decisivo en el éxito de una restauración, no solo la selección adecuada materiales, sino también identificar las estrategias más efectivas para corregir distintas dificultades. <b>Objetivo:</b> Determinar e informar las preferencias clínicas de los diseños y materiales utilizados para la rehabilitación de implantes unitarios en odontólogos. <b>Materiales y métodos:</b> Se realizó una encuesta dirigida a odontólogos ecuatorianos mediante la plataforma QuestionPro, el enlace fue enviado a los representantes de los colegios odontológicos de Ecuador, quienes lo compartieron con sus colegas, además se difundió a través de redes sociales. Estos datos fueron tabulados, graficados y analizados. <b>Resultados:</b> De 735 cuestionarios enviados, se obtuvo una tasa de finalización del 57,9%, con un promedio de respuesta de 5 minutos (426 encuestas completadas). La mayoría prefirió implantes a nivel óseo (87,7%) y restauraciones atornilladas (61,7%), el 49,8% de zirconio con pilar de titanio. En un escenario similar con una angulación ligeramente vestibular, Se optó por restauraciones cementadas (45,5%). En el caso del reemplazo de un solo molar mandibular en condiciones ideales, se prefirieron implantes a nivel óseo (81,5%) y restauraciones atornilladas (70,7%), con un 50% de las restauraciones de zirconio con pilar de titanio y un 41,5% de metal-cerámica. <b>Conclusiones:</b> Estos resultados revelan las preferencias actuales en la rehabilitación de implantes unitarios, basadas en el tratamiento “ideal” para mejorar el bienestar oral. <b>Palabras Claves:</b> Implante dental, estética, impresión digital, corona sobre implante, complicaciones, pilar de titanio, cementos dentales, exceso de cemento.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +59391865318	E-mail: aleramonbeltran@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Estefanía Ocampo</b>		
	<b>Teléfono: +593996757081</b>		
	<b>E-mail: estefania.ocampo@cu.ucsg.edu.ec</b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			