

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

“Decisiones de tratamiento de lesiones cariosas oclusales y proximales en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021- 00”

Área de Investigación:

Salud Pública

Autor:

Bach. Moncada Vargas, Leslie Giuliana

Jurado Evaluador:

Presidente: Reyna Gabancho De Caceda

Secretario: Ana Paola Peralta Ríos

Vocal: Ana Anticona Luna Victoria

Asesora:

Teresa Verónica Ulloa Cueva.

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3334-4777>

Trujillo – Perú

2021

Fecha de sustentación: 2021/07/30

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por ser mi fortaleza, mi luz y mi guía en los momentos más difíciles.

A mi mamá, por su sacrificio y esfuerzo para darme una profesión, porque en los momentos más difíciles, ella siguió creyendo en mi capacidad y brindándome palabras de aliento para seguir adelante. Te amo mami.

A mis adorados abuelos Rosa y Flavio, por la preocupación y el inmenso amor hacia mí.

A mi tía Erla, por ser mi fuente de inspiración y estar siempre dispuesta ayudarme en cada etapa importante de mi vida.

Al resto de mi familia porque de una u otra manera me han llenado de sabiduría.

Sin todos ustedes no podría haber conseguido este gran logro.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora la Dra. Teresa Verónica Ulloa Cueva, por su paciencia, tiempo, dedicación y su apoyo incondicional durante el desarrollo del presente trabajo.

A mis profesores por compartir sus experiencias y conocimientos, permitiendo que me desarrolle en el área de la estomatología.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el tipo de decisiones de tratamiento de lesiones cariosas oclusales y proximales en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, en el semestre 2021-00.

Material y método: El estudio de corte prospectivo, transversal, descriptivo y observacional incluyó un total de 90 estudiantes del séptimo a décimo ciclo. Se utilizó un cuestionario virtual de 17 preguntas agrupadas en 4 dimensiones, con una confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0,852 y una validez V. de Aiken de 0.908.

Resultados: Con respecto al tipo de decisiones de tratamiento de lesiones cariosas proximales y oclusales se obtuvo que el 83.33% es conservador y el 16.67% es invasivo. En una lesión proximal, el 21.6% de los estudiantes realizaría tratamiento operatorio si se encuentra en la mitad externa de la dentina, el 42.2% utilizaría una preparación cavitaria clase II oclusoproximal y el 54.4% la restauraría con resina compuesta. Así mismo, en una lesión oclusal, el 29.3% realizaría un tratamiento operatorio cuando se encuentra en el tercio medio de la dentina (grado 4), el 74.4% sólo eliminaría el tejido cariado y el 50.0% la restauraría con resina compuesta.

Conclusiones: El tipo de decisiones de tratamiento de lesiones cariosas proximales y oclusales en los estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego es predominantemente conservador.

Palabras clave: Decisiones, tratamiento, caries dental

ABSTRACT

Objective: Determine the type of treatment decisions occlusal and proximal carious lesions in stomatology students Private University Antenor Orrego of Trujillo in the semester 2021-00.

Material and Method: The prospective, cross-sectional, descriptive and observational study included a total of 90 students from the seventh to the tenth cycle. A virtual questionnaire of 17 questions grouped in 4 dimensions was used, with a Cronbach's alpha reliability of 0.852 and a V. de Aiken validity of 0.908.

Results: Regarding the type of decisions to treat proximal and occlusal carious lesions, it was found that 83.33% are conservative and 16.67% are invasive. In a proximal lesion, 21.6% of the students would perform operative treatment if it is located in the outer half of the dentin, 42.2% would use a class II occlusal proximal cavity preparation and 54.4% would restore it with composite resin. Likewise, in an occlusal lesion, 29.3% would perform an operative treatment when it is in the middle third of the dentin (grade 4), 74.4% would only remove the decayed tissue and 50.0% would restore it with composite resin.

Conclusions: The type of treatment decisions for proximal and occlusal carious lesions in Stomatology students at the Antenor Orrego Private University is predominantly conservative.

Key words: Decisions, treatment, dental caries

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Realidad Problemática.....	1
1.2 Marco teórico.....	2
1.3 Antecedentes del estudio.....	6
1.4 Justificación del estudio.....	10
1.5 Formulación del problema.....	11
1.6 Hipótesis.....	11
1.7 Objetivos de la investigación.....	11
1.8 Variables.....	13
II. METODOLOGÍA	15
2.1 Tipo de investigación.....	15
2.2 Población y muestra.....	15
2.3 Técnicas e instrumentos de investigación	16
2.4 Diseño de investigación.....	19

2.5 Procesamiento de análisis de datos.....	19
2.6 Consideraciones Bioéticas.....	20
III. RESULTADOS.....	21
IV. DISCUSIÓN.....	29
V. CONCLUSIONES.....	35
VI. RECOMENDACIONES.....	37
VII. REFERENCIAS.....	38
VIII. ANEXOS	43

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipo de decisiones de tratamiento de lesiones cariosas oclusales y proximales en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00	24
Tabla 2: Decisiones de tratamiento en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego 2021-00, según los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas proximales	25
Tabla 3: Decisiones de tratamiento en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego 2021-00, según los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas oclusales.....	26
Tabla 4: Decisiones de tratamiento en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego 2021-00, según el diagnóstico de caries en lesiones oclusales dudosas.....	27
Tabla 5: Conocimientos y creencias respecto a caries en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00.....	28

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

La caries dental es una enfermedad multifactorial de inicio infeccioso, que perjudica a las estructuras dentales ocasionando la desintegración de manera gradual de los tejidos duros; siendo principalmente el almacenamiento de la placa bacteriana lo que ocasiona la progresión de las lesiones.^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud reveló una incidencia de caries de 60 a 90% en escolares y 100% en adultos y la Federación Dental Internacional reveló un 44%, perjudicando cerca de la mitad de la población. En el Perú, el Ministerio de Salud reveló la presencia del 90% en estudiantes, donde el promedio del índice de presencia de caries ceo-d fue de 5.84.^{1,2}

Actualmente, para prevenir y controlar los problemas de salud bucal como la caries dental se realiza la eliminación de placa bacteriana, el uso de fluoruros y otros agentes terapéuticos que son clínicamente eficaces. La intervención operatoria es considerada como la maniobra principal en lesiones cariosas profundas, debido a que, sin una adecuada eliminación de la lesión se producirá una tumefacción en la pulpa, avanzando a una pulpitis irreversible y terminando con la longevidad de las estructuras dentales; ocasionando la destrucción y pérdida del órgano dental.¹⁻³

1.2 Marco Teórico

La caries dental constituye un problema de salud pública con un nivel de morbilidad y prevalencia elevada en países no industrializados.^{3,4} Consiste en un desequilibrio entre los agentes protectores y patológicos, teniendo en cuenta que, el desarrollo de la lesión cariosa necesita un diente susceptible, un tiempo suficiente de exposición que permita la producción de ácidos por parte de las bacterias de la placa y la disminución del componente mineral del tejido duro del diente.^{5,6}

El tratamiento de caries antiguamente era fácil, se inculcaba que si había una lesión cariosa se debía retirar todo el tejido afectado, así como de cualquier diente adyacente que se crea que está en peligro. Por lo que, la odontología convencional se basó en reconocer lesiones cariosas profundas, retirando todo el tejido que había perdido componentes minerales y realizando la restauración; siendo su objetivo reponer la funcionalidad y armonía de las piezas dentarias. Por tanto, es común que los odontólogos se basen en diagnosticar lesiones cariosas avanzadas en lugar de diagnosticar una lesión cariosa incipiente.^{7,8}

El enfoque preventivo considera que la caries avanza lento, tardándose aproximadamente 20 a 24 meses para que la caries interproximal afecte el esmalte de la dentición temporal, 4 años en los dientes permanentes de los adolescentes y aproximadamente 5 años para obtener el límite amelodentinario de la dentición permanente. Se sabe que el 50% de las lesiones cariosas no han alcanzado el límite amelodentinario ni han avanzado en los 3 últimos años y que debe haber un 40% de desmineralización del diente para que se pueda observar en la radiografía.⁸

Hoy en día, los odontólogos deben orientar a que los componentes protectores de la enfermedad (flúor, sellantes, saliva, hábitos de higiene oral) ganen a los componentes patológicos (dieta rica en carbohidratos, biopelícula, tiempo, huésped susceptible), con el objetivo de disminuir la aparición y el avance de las lesiones cariosas, intentando que los procedimientos operatorios sean a través de tácticas mínimamente invasivas.^{9,10}

La caries dental al ser considerada una patología de biofilm, se puede prevenir la aparición de lesiones y el manejo de las ya existentes, centrándose primordialmente en el control y no en la eliminación de tejidos. Las lesiones cariosas existentes, van a necesitar de un manejo distinto, dirigiéndose a frenar el avance de la patología, conservando el tejido duro del diente, evitando el comienzo del periodo de desarrollo de nuevas lesiones cariosas y conservando las piezas dentarias por un largo tiempo factible. Las restauraciones dentales se sugieren cuando la lesión ha progresado a una cavidad evidente y cuando los métodos que ayudan a remineralizar el diente han llegado a su límite ¹¹

La decisión de tratamiento de caries dental debe continuar una vía lógica contestando la interrogante más significativa: ¿Cuándo debo restaurar una lesión de forma “conservadora”? Las lesiones incipientes pueden ser manipuladas a través del retiro de la biopelícula (cepillado), utilizando sellantes y/o flúor. En el caso de las lesiones oclusales, se llevarán a cabo colocando sellantes en las fisuras, pero en las lesiones cariosas proximales, se necesitarán otras técnicas de sellado con resina. Las lesiones cariosas cavitadas a nivel de dentina van a ser fáciles de

inspeccionar táctil y visualmente, y donde no haya actividad de caries, serán calificadas como limpias, ya que pueden ser limpiadas por el paciente. Estas lesiones pueden no necesitar tratamiento complementario, ya que su progresión es mínimamente posible y puede controlarse de forma no invasiva.¹¹

Las lesiones que no se pueden controlar usando técnicas invasivas, pueden ser lesiones activas y progresivas, pero pueden cambiar a lesiones limpias, inculcando hábitos adecuados de higiene oral, utilizando un dentífrico con flúor y una dieta balanceada. Es una señal significativa que cuando la lesión cariosa es profunda y hay una cavidad presente, las lesiones deben considerarse no limpias y activas hasta que se pruebe lo opuesto.^{11,12}

Las lesiones oclusales se pueden determinar con el examen clínico, pero continuamente no se puede determinar si la superficie está cavitada o no. Para las lesiones proximales, podría ser más difícil realizar un examen visual táctil. Las piezas dentarias al estar una contigua a la otra sin haber un espacio, va a dificultar el diagnóstico visual de las lesiones cariosas proximales por lo que podría ser conveniente realizar el examen clínico con ayuda de las radiografías y la iluminación con la fibra óptica, teniendo en cuenta que no siempre orientan a un diagnóstico definitivo acerca de las lesiones incipientes. Concluyendo que existe una serie de alternativas para el manejo de las lesiones cariosas de forma no invasiva, aunque para algunos niveles de la lesión o bajo algunas circunstancias, la intervención con restauraciones es inexcusable.^{12,13}

El odontólogo en su práctica diaria continuamente va a tomar decisiones de tratamiento. Este proceso se divide en tres fases: la fase uno es el diagnóstico donde se identifica la enfermedad; la fase dos donde se decide si se llevará a cabo el tratamiento de la enfermedad anteriormente descubierta. Si el odontólogo cree que aún tiene dudas en el diagnóstico debe anotarlo en la historia clínica; pero si la decisión es llevar a cabo el tratamiento, se procede con la fase tres, donde se decidirá entre las diversas alternativas que existen, cuál será el tratamiento más adecuado teniendo en cuenta la relación odontólogo – paciente y la situación financiera del paciente para aceptar o rechazar ciertos tratamientos.¹³

Los odontólogos difieren tanto en el diagnóstico como en la selección del tratamiento, pudiendo ocasionar que se lleve a cabo un tratamiento que no requiere el paciente o caso contrario que no se lleve a cabo el tratamiento que el paciente necesita. Diferentes investigaciones muestran, que no todos los odontólogos eligen la misma decisión al momento de afrontar la misma circunstancia clínica, y esta desigualdad puede ocurrir en cualquiera de las tres fases. Otras investigaciones corroboran esta disconformidad, mostrando desigualdades entre el diagnóstico y la decisión de tratamiento.¹³

En diversos países, la decisión de tratamiento se ha determinado a través de la aplicación de un cuestionario validado por Espelid y cols.¹⁴ (1999) y luego cambiado por Tubert-Jeannin y cols.¹⁵ (2004). En Chile, Ruiz y cols.¹⁶ (2009) desarrollaron la traducción y validación al español del: “Cuestionario sobre decisiones de tratamiento de caries oclusales y proximales”.

Los estudios señalan desigualdades notables en la decisión de tratamiento y una predisposición a efectuar tratamientos invasivos de forma rápida. Esta desigualdad puede ocasionar en el área clínica que se indique un tratamiento para solucionar una condición que puede ser solucionada con un tratamiento más conservador o inclusive sin él; o que no se indique un tratamiento cuando realmente si era necesario, afectando la atención que se le brinda al paciente.¹³

1.3 Antecedentes del estudio

Martínez y cols.¹⁷ (Colombia, 2016) evaluaron las decisiones de tratamiento de lesiones de caries dental por parte de docentes universitarios y odontólogos. El 96.2% de los participantes consideraron la clase II estricta como técnica de preparación cavitaria para la lesión más pequeña interproximal y el 94.4% utilizarían la amalgama como material restaurador. Con relación a la lesión oclusal que requiere tratamiento operatorio inmediato, los participantes respondieron en porcentajes mayores o iguales al 59% aquellas lesiones en estado moderado y severo (grados 3, 4 y 5). Concluyendo que el diagnóstico de la caries dental requiere mayor capacitación de los odontólogos/as y actualización de conocimientos y prácticas de los criterios diagnósticos más sensibles; así como, las diferentes alternativas de tratamiento conservador y biomateriales.

Franky y cols.¹⁸ (Colombia, 2016) evaluaron las decisiones de tratamientos restauradores para la caries proximal y oclusal utilizadas por los odontólogos docentes de la Universidad Santo Tomás Antonio Nariño y

vinculados al Instituto de Salud de Bucaramanga. La muestra estuvo constituida por 119 odontólogos; observando que 31 (27.4%) tratarían la lesión si se encuentra en la mitad externa del esmalte, 51 (45.1%) realizarían una cavidad clase II estricta, 54 (47.8%) realizarían un tratamiento operatorio a partir de una lesión de microcavidad (criterio 3 del ICDAS) y 72 (63.7%) la obturarían con resina compuesta. Concluyendo que, no existe una unificación de criterios para diagnosticar y tratar la caries dental, y que, se debe hacer un entrenamiento a los odontólogos en el manejo de sistemas de detección y tratamiento de ésta.

Muñoz y col.¹¹ (Chile, 2017) evaluaron si existen diferencias en las decisiones de tratamiento de lesiones de caries oclusales y proximales entre los odontólogos que trabajan en el sistema público de salud de la Región Metropolitana, en cuanto a edad, sexo, años de experiencia clínica, universidad de egreso de pregrado y especialidad, nivel de especialización, nivel de atención y comuna del servicio de salud donde se trabaja, si tiene otro lugar de ejercicio profesional y el tipo de pacientes mayormente atendidos. La muestra estuvo constituida por 134 dentistas; de los cuales el 70.9% fue clasificado como conservadores y el 29.1% como invasivos. Concluyendo que, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables anteriormente mencionadas; pero sí, al comparar los criterios de los dentistas nacionales con los extranjeros sometidos a la misma metodología de estudio.

Gomes y cols.¹⁹ (Brasil, 2019) evaluaron la concordancia de la toma de decisiones de los dentistas del sistema de salud pública del país, a través del Sistema Internacional de Detección y Evaluación (ICDAS); así como

también, la influencia de la experiencia profesional en el manejo de la caries. La muestra estuvo constituida por 80 dentistas, obteniendo como resultado el desacuerdo entre los dentistas y los criterios utilizados por ICDAS, concluyendo que existe una divergencia respecto a la toma de decisiones entre los dentistas, con respecto a superficies sanas o superficies con lesiones restringidas al esmalte, y que la experiencia profesional no influyó en el manejo de la caries.

Plass y cols.²⁰ (Chile, 2019) evaluaron si existen diferencias en las decisiones de tratamiento en lesiones de caries, entre dentistas del sistema privado de salud en Santiago. La muestra estuvo constituida por 172 dentistas obteniendo que el 63.4% se catalogaron conservadores y el 36.6% como invasivos, demostrando diferencias estadísticas significativas entre las variables género, nacionalidad, años de egreso y universidad de egreso del pregrado, concluyendo que existen diferencias en la toma de decisiones entre cirujanos dentistas del sistema privado de salud.

Arévalo y col.²¹ (Chile, 2019) evaluaron si existen diferencias entre la detección y decisión de tratamiento de lesiones de caries en los docentes de Odontología de la Universidad del Desarrollo. La muestra estuvo constituida por 25 odontólogos; presentando como resultados que el 50% de los docentes eligieron de tratamiento únicamente rehabilitador, el diagnóstico realizado por los docentes fue caries severa y no se observó relación entre años de egreso, género, ni especialidad. Concluyendo que, no se pudo relacionar la coincidencia precisa de la detección de lesiones de caries con el género y los años de especialización, el 60% de los

docentes ante caries severas piensan sólo en un tratamiento rehabilitador y no en tratamiento preventivo como alternativa.

González y col.²² (Chile, 2019) evaluaron la decisión de tratamiento de los odontólogos generales de una región de Chile para ver cuál sería el tratamiento de la superficie oclusal de primeros molares permanentes en niños (as) de 6 años. La muestra estuvo constituida por 41 odontólogos, obteniendo que para el diente con una coloración blanca en esmalte, el 90.2% no realizaría manejo operatorio; para el diente con una coloración marrón oscura en la mitad de sus surcos, el 100% consideró el manejo no operatorio; para el diente con coloración marrón oscura en todos sus surcos el 70.7% consideró el manejo no operatorio. Concluyendo que, un alto porcentaje de los participantes de las instituciones públicas o privadas eligen el tratamiento operatorio para lesiones de caries con una práctica más invasiva.

Laske y cols.²³ (EE.UU, 2019) evaluaron el tratamiento mínimamente invasivo de las lesiones cariosas primarias. La muestra estuvo constituida por 1050 odontólogos holandeses para determinar si hacían una elección más conservadora con respecto a los umbrales de tratamiento y las técnicas de restauración. Los resultados se obtuvieron con un cuestionario holandés y uno hecho por Espelid y Tveit, dando como resultado que los odontólogos intervienen en una etapa anterior de la lesión proximal (estadio ≤ 4), también intervienen en un estadio más temprano de caries oclusal (estadio ≤ 3). Concluyendo que los odontólogos de Holanda intervienen operatoriamente en una etapa muy temprana de la lesión cariosa, existiendo variaciones entre los odontólogos.

Chana y cols.²⁴ (Londres, 2019) evaluaron las decisiones de tratamiento para las lesiones cariosas oclusales y proximales respecto a los planes de atención de los odontólogos generales. La muestra estuvo constituida por 217 odontólogos generales encontrando que la mayoría (n=146 < 67.3%) tratarían las lesiones sólo cuando han avanzado a dentina, 71 odontólogos (32.7%) tratarían lesiones limitadas a esmalte, 59 odontólogos tratarían lesiones proximales limitadas a esmalte y 33 tratarían lesiones oclusales limitadas a esmalte. Concluyendo que la intervención restaurativa y su elección de tratamiento del odontólogo parecen ser afectados positivamente por la constante actualización en cursos de manejo de caries.

1.4 Justificación del estudio

Las lesiones incipientes, al tener un progreso lento pueden ser prevenidas de una manera conservadora; por lo que, el objetivo de la odontología mínimamente invasiva es mantener saludables y funcionales los dientes a través del manejo eficaz de las caries, que se caracteriza por la detección y diagnóstico de lesiones de caries tempranas.

El diagnóstico y la selección de tratamiento son muy variados entre los odontólogos, pudiendo generar tratamientos innecesarios y no conservadores, por lo que se hace necesario que los estudiantes de odontología, desde su formación, refuercen la toma de decisiones con respecto a las lesiones cariosas considerando la progresión de la lesión, las alternativas terapéuticas y los materiales disponibles. En nuestra localidad no se han realizado estudios sobre las decisiones de tratamiento

de las lesiones cariosas en odontólogos ni en estudiantes de estomatología, datos que permitirían implementar estrategias para mejorar el manejo de las lesiones cariosas bajo un correcto diagnóstico con el fin de preservar las piezas dentarias. Por este motivo se plantea el presente estudio con el propósito de determinar las decisiones de tratamiento de lesiones cariosas oclusales y proximales en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00.

1.5 Formulación del problema

¿Cuáles son las decisiones de tratamiento de lesiones cariosas oclusales y proximales en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00?

1.6 Hipótesis

Implícita

1.7 Objetivos de la Investigación

1.7.1 Objetivo general

Determinar el tipo de decisiones de tratamiento de lesiones cariosas oclusales y proximales en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00.

1.7.2 Objetivos específicos

- Determinar las decisiones de tratamiento en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00 según los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas proximales.
- Determinar las decisiones de tratamiento en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00 según los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas oclusales.
- Determinar las decisiones de tratamiento en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00 según el diagnóstico de caries en lesiones oclusales dudosas.
- Determinar los conocimientos y creencias respecto a caries en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00.

1.8 Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	
			Según su naturaleza		
Tipo de decisiones de tratamiento de lesiones cariosas oclusales y proximales	La decisión de tratamiento será la elección entre las alternativas disponibles para resolver una situación clínica. ²¹	Se clasificará usando el "Cuestionario sobre decisiones de tratamiento de caries oclusales y proximales". Pudiendo ser Conservador: Si la puntuación final es menor a 0.5. Invasivo: si es mayor o igual a 0.5.	Cualitativa	Nominal	
Covariables	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Tipo	Escala de Medición
				Según su naturaleza	
Criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas proximales	Noción para determinar la decisión adecuada ante casos de lesiones cariosas proximales	Criterio restaurador	Mitad externa del esmalte Mitad interna del esmalte En limite amelodentinario Tercio interno de la dentina Mitad externa de la dentina Mitad interna de la dentina	Cualitativa	Nominal
		Técnica de preparación cavitaria	Clase II Preparación tipo túnel Clase II estricta		
		Material restaurador	Amalgama Resina compuesta Ionómero de vidrio convencional Ionómero de vidrio modificado con resina Otros		
Criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas oclusales	Noción para determinar la decisión adecuada ante casos de lesiones cariosas oclusales.	Criterio restaurador	Grado 1 Grado 2 Grado 3 Grado 4 Grado 5	Cualitativa	Nominal
		Técnica de preparación cavitaria	Eliminar solo el tejido cariado Preparación cavitaria que se extiende abarcando todas las fosas y fisuras		
		Material restaurador	Amalgama Resina compuesta Ionómero de vidrio convencional Ionómero de vidrio modificado con resina Otros		
Diagnóstico de caries en lesiones oclusales dudosas	Noción para determinar la decisión adecuada ante casos de lesiones cariosas oclusal	Diagnóstico de caries oclusal	No presenta caries Caries de esmalte Caries dentinaria No estoy seguro/a	Cualitativa	Nominal
		Tratamiento de la superficie oclusal	Ningún tratamiento Tratamiento con flúor Sellante de fisura Preparar sólo la zona cariada		

	dudosas.		de la fisura Preparar sólo la zona cariada de la fisura + sellado del resto de las fisuras Preparación cavitaria que incluya la totalidad de las fosas y fisuras		
		Material restaurador	Amalgama Resina compuesta Ionómero de vidrio convencional Ionómero de vidrio modificado con resina Otros		
Conocimientos y creencias respecto a caries	Conocimientos o creencias que se tienen al momento de tomar una decisión referente a realizar o no una restauración	Comparación clínica y radiográfica de una lesión proximal	Subestimación de la profundidad real La profundidad real Sobreestimación de la profundidad real	Cualitativa	Nominal
		Tiempo del progreso de una lesión proximal	Menos de 6 meses 12 meses 13 a 23 meses Mas 24 meses		
		Actividad y tasa de progresión de una lesión proximal	De acuerdo En desacuerdo No estoy seguro/a		
		Cavitación de una lesión proximal	De acuerdo En desacuerdo No estoy seguro/a		
		Importancia de la decisión	Es más importante restaurar todos los dientes cariados Es más importante no restaurar innecesariamente dientes sanos Los riesgos de cometer un error son de igual importancia		

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de investigación

2.1.1 De acuerdo al fin que se persigue: Básica

2.1.2 De acuerdo a la intervención del investigador: Observacional

2.2 Población y muestra

2.2.1 Características generales

Estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego de la ciudad de Trujillo, que cumplieron con los criterios establecidos.

2.2.1.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes de séptimo a décimo ciclo matriculados en el semestre 2021-00.
- Estudiantes con aparente buen estado físico y psicológico.

2.2.1.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes que no acepten participar en el estudio.

2.2.2 Diseño estadístico de muestreo

2.2.2.1 Unidad de análisis

Estudiante de Estomatología de séptimo a décimo ciclo de la Universidad Privada Antenor Orrego matriculado en el semestre 2021-00, que cumple con los criterios establecidos.

2.2.2.2 Unidad de muestreo

Estudiante de Estomatología de séptimo a décimo ciclo de la Universidad Privada Antenor Orrego matriculado en el semestre 2021-00, que cumple con los criterios establecidos.

2.2.2.3 Tamaño muestral

La muestra es de tipo censal, por lo que se evaluó a la totalidad de la población.

2.2.3 Método de selección

Muestreo de tipo censal.

2.3 Técnicas e instrumentos de investigación

2.3.1 Método de recolección de datos

Encuesta – Cuestionario estructurado.

2.3.2 Descripción del procedimiento

A. De la aprobación del proyecto

La primera instancia fue obtener el permiso para la ejecución mediante la aprobación del proyecto por el Comité Permanente de Investigación Científica de la Escuela de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego con la correspondiente resolución decanal N° 0941-2021 (Anexo 1).

B. De la autorización para la ejecución

Se solicitó el permiso a las autoridades de la Escuela de Estomatología, docentes coordinadores y estudiantes de los ciclos establecidos (Anexo 2).

C. De la recolección de datos

Se accedió a la sesión virtual de clases para explicar a los estudiantes el propósito del estudio. Finalmente, utilizando la herramienta Google Forms, se envió al correo institucional el cuestionario y el consentimiento informado (Anexo 3), en el cual se indicó el compromiso de respetar la confidencialidad de la información. Los estudiantes evaluados contaron con los criterios de selección establecidos.

2.3.3 Instrumento de recolección de datos

Se utilizó el “Cuestionario sobre decisiones de tratamiento de caries oclusales y proximales” en su versión validada y traducida al español

por Ruiz y cols.¹⁶ en el 2009, cuya versión original fue desarrollada por Espelid y cols.¹⁴ en 1999 y luego cambiado por Tubert-Jeannin y cols.¹⁵ en 2004 (Anexo 4).

El cuestionario estuvo constituido por 17 preguntas con algunas fotografías clínicas y radiográficas, agrupadas en cuatro dimensiones. La primera dimensión consta de tres preguntas sobre criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas proximales; la segunda, de tres preguntas sobre los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas oclusales; la tercera, de seis preguntas sobre el diagnóstico de caries en lesiones oclusales dudosas y la cuarta, de cinco preguntas sobre conocimientos y creencias respecto a caries.

Cada pregunta y dimensión posee una puntuación específica (Anexo 5), que fue llevada a una plantilla Excel programada, donde se ingresaron los valores de 0 ó 1 según la respuesta entregada, obteniéndose una valoración por cada sujeto que los clasifica en: conservador si la puntuación final es menor a 0.5 e invasivo si es mayor e igual a 0.5.¹⁶

2.3.3.1 Validez del instrumento

El cuestionario fue validado por 08 expertos en las áreas de Rehabilitación Oral y Estética dental, mediante el Coeficiente V de Aiken con un valor de 0.908, concluyendo que el instrumento presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable de estudio (Anexo 6).

2.3.3.2 Confiabilidad del instrumento

La confiabilidad del instrumento fue evaluada mediante el análisis de consistencia interna de los 17 ítems empleados para medir la variable en estudiantes. Se aplicó el cuestionario a 20 estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego mediante una prueba piloto y luego de emplear el Índice Alfa de Cronbach, se encontró alta confiabilidad del cuestionario con un valor de 0.852 (Anexo 7).

2.4 Diseño de investigación

Según el período en que se capta la información	Según la evolución del fenómeno estudiado	Según la comparación de poblaciones	Según la interferencia del investigador en el estudio	Según la naturaleza de la información que se recoge
Prospectivo	Transversal	Descriptivo	Observacional	Prolectivo

2.5 Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento estadístico y análisis de datos se utilizó una hoja de cálculo de Microsoft Excel y un programa estadístico SPSS versión 26 con el cual se estructuraron tablas de frecuencia de una entrada con sus valores relativos y absolutos. La información recolectada a través del instrumento de recolección de datos se procesó de manera automatizada,

posteriormente se procedió a la tabulación de los datos con sus gráficos respectivos y tablas estadísticas de acuerdo con los objetivos planteados en el presente estudio.

2.6 Consideraciones bioéticas

Para la ejecución de la presente investigación, se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Privada Antenor Orrego - Resolución N° 0128-2021 (Anexo 8). Se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964 y modificada en Brasil, octubre 2013) y de la Ley general de salud en sus artículos 15 y 25.

III. RESULTADOS

Se evaluaron a 90 estudiantes de la Escuela de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, de séptimo a decimo ciclo que cumplieron con los criterios establecidos, de los cuales 23 (25.55%) fueron del sexo masculino y 67 (66.44%) del sexo femenino. Cabe resaltar, que la tasa de respuesta fue de 93.75%, sólo 06 estudiantes no respondieron el cuestionario de la lista total de matriculados en el semestre 2020-00.

Con respecto al tipo de decisiones de tratamiento de lesiones cariosas oclusales y proximales en los estudiantes de Estomatología, se obtuvo que el 83.33% es conservador y el 16.67% es invasivo (Tabla 1).

Según los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas proximales, con respecto a la lesión que requiere tratamiento restaurador inmediato (es decir, aquella en la que no pospondría el tratamiento restaurador bajo ninguna circunstancia, aun cuando el paciente tenga baja actividad de caries y buena higiene oral), la mayoría de los estudiantes con un 21.6% eligió la lesión ubicada en la mitad externa de la dentina; mientras que el 9.7%, en la mitad externa del esmalte. Con respecto a la técnica de preparación cavitaria, el 42.2% eligió la clase II (oclusoproximal), mientras que el 28.9% eligió la preparación tipo túnel como también clase II estricta. El 50% de los estudiantes sugirieron la resina compuesta como material para restaurar la lesión más pequeña, mientras que el 1.1%, otro tipo de material (Tabla 2).

Según los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas oclusales, con respecto a la lesión que requiere tratamiento restaurador inmediato, la mayoría de los estudiantes con un 29.3% eligió la de grado 4 (pérdida considerable de tejido dentario y/o caries en el tercio medio de la dentina de acuerdo con la radiografía), mientras que el 5.9% eligió la de grado 1 (caries caracterizada por coloraciones blancas/cafés en esmalte, sin cavitación y sin signos radiográficos de caries). Con respecto a la técnica de preparación cavitaria, el 74.4% eligió la técnica de eliminar sólo el tejido cariado, mientras que el 25.6% eligió la técnica de preparación cavitaria que se extiende abarcando todas las fosas y fisuras. Respecto al material para restaurar la lesión cariosa más pequeña, el 54.4% eligió la resina compuesta, mientras que el 2.2% otro material (Tabla 3).

Según el diagnóstico de caries en lesiones oclusales dudosas, específicamente en el “diente A”, la mayoría de los estudiantes con un 60%, cree que presenta caries en esmalte, mientras que el 6.7% no están seguros. Con respecto al tratamiento de la superficie oclusal, el 27.8% eligió preparación cavitaria que incluya la totalidad de las fosas y fisuras; mientras que el 2.2%, ningún tratamiento. Respecto al material para restaurar la lesión oclusal, el 35.6% eligió resina compuesta, mientras que el 12.2% otro material. (Tabla 4)

Por otro lado, según el diagnóstico de caries en lesiones oclusales dudosas, específicamente en el “diente B”, la mayoría de los estudiantes con un 58.9% cree que presenta caries de esmalte, mientras que el 7.8% no está seguro. Con respecto al tratamiento de la superficie oclusal, el 28.9% eligió preparar sólo la zona cariada de la fisura más el sellado del resto de las fisuras, mientras que el

2.2%, ningún tratamiento. Respecto al material para restaurar la caries oclusal, el 42.2% eligió resina compuesta, mientras que el 1.1%, amalgama. (Tabla 4)

En cuanto a los conocimientos y creencias respecto a caries, el 41.1% de los estudiantes cree que la apariencia radiográfica de una lesión cariosa proximal comparada con las observaciones clínicas, usualmente indica subestimación de la profundidad real; mientras que el 25.6% cree que indica sobreestimación. Así mismo, con respecto al tiempo promedio que demora una lesión cariosa proximal en progresar desde la superficie del esmalte hasta la dentina, el 41.1% de los estudiantes cree que es menos de 6 meses; mientras que el 5.6%, considera que es más de 24 meses. Por otro lado, el 45.6% de los estudiantes estuvo en desacuerdo con mantener en observación una lesión proximal detectada radiográficamente cerca del límite amelodentinario (LAD) sin ser restaurada por al menos 6 meses para determinar si está activa y evaluar su tasa de progresión; mientras que el 41.1% estuvo de acuerdo y el 13.3% no estaba seguro de esta decisión. Además, se evidenció que el 70% de los estudiantes considera que la cavitación de una lesión proximal usualmente no es visible al ojo desnudo aun cuando haya llegado al LAD; mientras que el 20% está en desacuerdo con esta afirmación y el 10% no está seguro. Finalmente, el 43.3% de los estudiantes considera más importante no restaurar innecesariamente dientes sanos (aceptando el riesgo de no restaurar algunas lesiones de caries); mientras que el 40% cree que es más importante restaurar todas las lesiones (aceptando el riesgo de algunas restauraciones innecesarias) y el 16.7% cree que los riesgos de cometer un error son de igual importancia. (Tabla 5)

Tabla 1

Tipo de decisiones de tratamiento de lesiones cariosas oclusales y proximales en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada

Antenor Orrego, 2021-00

Tipo	n	%
Conservador	75	83.33
Invasivo	15	16.67
Total	90	100

n: Frecuencia absoluta

?: Frecuencia relativa

Tabla 2

Decisiones de tratamiento en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego 2021-00, según los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas proximales

Criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas proximales		n	%
Criterio restaurador	Mitad externa del esmalte	25	9.7 %
	Mitad interna del esmalte	30	11.6 %
	En límite amelodentinario	49	18.9 %
	Tercio interno de la dentina	49	18.9 %
	Mitad externa de la dentina	56	21.6 %
	Mitad interna de la dentina	50	19.3 %
Técnica de preparación cavitaria	Clase II	38	42.2 %
	Preparación tipo túnel	26	28.9 %
	Clase II estricta	26	28.9 %
Material restaurador	Amalgama	0	0 %
	Resina compuesta	45	50.0 %
	Ionómero de vidrio convencional	11	12.2 %
	Ionómero de vidrio modificado con resina	33	36.7 %
	Otros	1	1.1 %

n: Frecuencia absoluta

?: Frecuencia relativa

Tabla 3

**Decisiones de tratamiento en estudiantes de Estomatología de la
Universidad Privada Antenor Orrego 2021-00, según los criterios de
tratamiento restaurador para lesiones cariosas oclusales**

Criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas oclusales		n	%
Criterio restaurador	Grado 1	13	5.9 %
	Grado 2	32	14.4 %
	Grado 3	53	23.9 %
	Grado 4	65	29.3 %
	Grado 5	59	26.6 %
Técnica de preparación cavitaria	Eliminar solo el tejido cariado	67	74.4 %
	Preparación cavitaria que se extiende abarcando todas las fosas y fisuras	23	25.6 %
Material restaurador	Amalgama	0	0 %
	Resina compuesta	49	54.4 %
	Ionómero de vidrio convencional	15	16.7 %
	Ionómero de vidrio modificado con resina	24	26.7 %
	Otros	2	2.2 %

n: Frecuencia absoluta

?: Frecuencia relativa

Tabla 4

Decisiones de tratamiento en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego 2021-00, según el diagnóstico de caries en lesiones oclusales dudosas

Diagnóstico de caries en lesiones oclusales dudosas		Diente A		Diente B	
		n	%	n	%
Diagnóstico de caries oclusal	No presenta caries	14	15.6 %	16	17.8 %
	Caries de esmalte	54	60.0 %	53	58.9 %
	Caries dentinaria	16	17.8 %	14	15.6 %
	No estoy seguro/a	6	6.7 %	7	7.8 %
Tratamiento de la superficie oclusal	Ningún tratamiento	2	2.2 %	2	2.2 %
	Tratamiento con flúor	6	6.7 %	9	10.0 %
	Sellante de fisura	15	16.7 %	10	11.1 %
	Preparar sólo la zona cariada de la fisura	21	23.3 %	19	21.1 %
	Preparar sólo la zona cariada de la fisura + sellado del resto de las fisuras	21	23.3 %	26	28.9 %
	Preparación cavitaria que incluya la totalidad de las fosas y fisuras	25	27.8%	24	26.7 %
Material restaurador	Amalgama	0	0 %	1	1.1 %
	Resina compuesta	32	35.6 %	38	42.2 %
	Ionómero de vidrio convencional	17	18.9 %	10	11.1 %
	Ionómero de vidrio modificado con resina	30	33.3 %	25	27.8 %
	Otros	11	12.2 %	16	17.8 %

n: Frecuencia absoluta

%: Frecuencia relativa

Tabla 5
Conocimientos y creencias respecto a caries en estudiantes de
Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00

Conocimientos y creencias respecto a caries		n	%
Comparación clínica y radiográfica de una lesión proximal	Subestimación de la profundidad real	37	41.1 %
	La profundidad real	30	33.3 %
	Sobreestimación de la profundidad real	23	25.6 %
Tiempo del progreso de una lesión proximal	Menos de 6 meses	37	41.1 %
	12 meses	34	37.8 %
	13 a 23 meses	14	15.6 %
	Mas 24 meses	5	5.6 %
Actividad y tasa de progresión de una lesión proximal	De acuerdo	37	41.1 %
	En desacuerdo	41	45.6 %
	No estoy seguro/a	12	13.3 %
Cavitación de una lesión proximal	De acuerdo	63	70.0 %
	En desacuerdo	18	20.0 %
	No estoy seguro/a	9	10.0 %
Importancia de la decisión	Es más importante restaurar todos los dientes cariados	36	40.0 %
	Es más importante no restaurar innecesariamente dientes sanos	39	43.4 %
	Los riesgos de cometer un error son de igual importancia	15	16.7 %

n: Frecuencia absoluta

?: Frecuencia relativa

IV. DISCUSIÓN

En diversos países, la decisión de tratamiento de lesiones cariosas se ha determinado a través de la aplicación del cuestionario originalmente desarrollado por Espelid y cols.¹⁴ (1999). Posteriormente, en países hispanos se ha venido utilizando la versión traducida y validada por Ruiz y cols.¹⁶ (2009), evidenciando en muchas ocasiones la predisposición por efectuar tratamientos invasivos y notables desigualdades en la decisión de tratamiento entre los profesionales. Sin embargo, no existen investigaciones en estudiantes de odontología que tienen contacto con pacientes y se enfrentan a esta disyuntiva, ni estudios sobre este tema en la comunidad odontológica de nuestro país.

En el presente estudio, con respecto al tipo de decisiones de tratamiento de lesiones cariosas proximales y oclusales de los estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, se encontró que el 83.33% es conservador y el 16.67% es invasivo. Estos resultados se pueden deber a que la filosofía impartida en esta casa de estudios es conservadora y mínimamente invasiva.

Similares resultados obtuvieron Muñoz y cols.¹¹ quienes determinaron que el 69.9% de los dentistas fueron conservadores y el 30.1% fueron invasivos, al igual que los estudios de Ruiz y cols.¹⁶ y Plass y cols.²⁰ quienes obtuvieron que la mayoría de los dentistas evaluados fueron conservadores con 79.7% y 63.4% respectivamente.

Con respecto a los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas proximales, en el presente estudio se encontró que el 21.6% de los estudiantes trataría la lesión cuando ésta se encuentre en la mitad externa de la dentina; similar a Martínez y cols.¹⁵ quienes encontraron que la mayoría considera que se debe intervenir la caries cuando está en estadios severos o moderados (el tercio externo de la dentina 74.4%, mitad externa de la dentina 83.3% y en la mitad interna de la dentina 92.3%); contrario a Plass y cols.²⁰ quienes encontraron que el 47% trataría la lesión cuando se encuentre en la mitad externa del esmalte. Así mismo, se encontró que el 42.2% realizaría una preparación clase II (oclusoproximal) en la lesión más pequeña que restauraría; lo cual difiere con los estudios de Franky y cols.¹⁸ y Martínez y cols.¹⁷ quienes encontraron que el 45.1% y 96.2% respectivamente realizarían una cavidad clase II estricta. Finalmente, se obtuvo que el 50% utilizaría como material de restauración la resina compuesta; similar a los estudios de Franky y cols.¹⁸ y Plass y cols.²⁰ quienes encontraron que la mayoría obturaría con resina compuesta con un 63.7% y 90.1% respectivamente; a diferencia de lo encontrado por Martínez y cols.¹⁷ quienes obtuvieron que el 94.4% utilizaría amalgama como material restaurador, lo cual se puede deber a que éste último estudio fue realizado previo a los demás, en el 2016, y con el pasar de los años el uso de la amalgama ha ido disminuyendo progresivamente, y además se atribuye dichos resultados a que la población estudiada laboraba en el sector público, donde los tratamientos suelen estar limitados a este material restaurador.

En relación con los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas oclusales, en el presente estudio se encontró que el 29.3% de los estudiantes

realizaría tratamiento operatorio inmediato cuando la lesión se encuentre en grado 4; contrario a los estudios de Plass y cols.²⁰ y Franky y cols.¹⁸ quienes encontraron que el 50% y 47.8% respectivamente, eligió realizar tratamiento cuando la lesión se encuentre en grado 3. Así mismo, con respecto a la técnica de preparación cavitaria, el 74.4% eligió sólo eliminar el tejido cariado, similar a lo encontrado por Martínez y cols.¹⁷ donde el 97.4% sólo eliminaría el tejido cariado como técnica de preparación cavitaria para la lesión más pequeña por oclusal. Finalmente, se obtuvo que el 54.45% de los estudiantes eligió la resina compuesta para restaurar la lesión más pequeña; similar a lo encontrado por los estudios de Martínez y cols.¹⁷ y Plass y cols.²⁰ quienes obtuvieron que el 60.8% y 84.3% respectivamente elegirían dicho material restaurador.

Con respecto al diagnóstico de caries en lesiones oclusales dudosas, en el presente estudio se encontró para el diente A, que el 60% cree que presenta caries de esmalte; similar a lo hallado por Franky y cols.¹⁸ y Plass y cols.²⁰ en donde el 63.7% y 54.65% de sus participantes respectivamente considera la presencia de caries de esmalte en el caso presentado. Así mismo, se encontró que el 27.8% eligió como tratamiento de la superficie oclusal, la preparación cavitaria que incluye la totalidad de las fosas y fisuras; en contraste con lo encontrado por Franky y cols.¹⁸ quienes obtuvieron que el 46.9% prepararía sólo la zona cariada de la fisura; contrario a Plass y cols.²⁰ quienes encontraron que 38.95% prepararía sólo la zona cariada de la fisura más el sellado del resto de las fisuras o realizaría sellado de fisura. En este sentido cabe recalcar, que si bien la mayoría eligió restaurar la totalidad de las fisuras, los resultados seguidos fueron que el 23.3% prepararía sólo la zona cariada y el 23.3% prepararía sólo la zona cariada más sellado del resto de la fisura, lo que

evidencia diferencias notables en las decisiones, lo que se puede deber a que los estudiantes no tienen aún certeza del tratamiento a seguir frente a lesiones incipientes en esmalte por su misma condición de inexperiencia y poca casuística; a diferencia de los otros estudios, en los que la población evaluada fue netamente profesionales. Con respecto al material restaurador, se encontró que el 35.6% eligió a la resina compuesta; similar a lo hallado por Franky y cols.¹⁸ y Plass y cols.²⁰ donde el 58.4% y 61.05% respectivamente utilizaría resina compuesta como material restaurador.

En el presente estudio se encontró para el diente B, que el 58.9% cree que presenta caries de esmalte; lo que difiere con los estudios de Franky y cols.¹⁸ y Plass y cols.²⁰ quienes encontraron que el 45.5% y el 37.21% respectivamente, considera que no presenta caries dental. Así mismo, con respecto al tratamiento de la superficie oclusal, el 28.9% eligió preparar sólo la zona cariada de la fisura más sellado del resto de las fisuras; lo que no concuerda con Franky y cols.¹⁸ quienes encontraron que el 26.6% eligió tratamiento con flúor, así como con Plass y cols.²⁰ quienes hallaron que el 28.49% eligió realizar sellante de fisura. Estas diferencias radican desde el diagnóstico de estas lesiones dudosas, en donde el estudiante aún no tiene la experiencia necesaria para discernir entre la presencia o no de caries dental y por lo tanto el tratamiento que elegiría se dirige a la eliminación de tejido cariado y protección con sellante del tejido sano. Finalmente, el 42.2% eligió la resina compuesta como material restaurador; lo que concuerda con Martínez y cols.¹⁷ Franky y cols.¹⁸ y Plass y cols.²⁰ quienes encontraron que el 48.4%, el 45.1% y 71.51% respectivamente, restauraría este diente con resina compuesta.

Referente a los conocimientos y creencias respecto a caries, en el presente estudio se encontró que el 41.1% considera que la apariencia radiográfica de una lesión cariosa proximal comparada con las observaciones clínicas, usualmente indica subestimación de la profundidad real; similar a Martínez y cols.¹⁷ quienes encontraron el mismo criterio en el 61.5% de sus encuestados. Así mismo, se encontró que el 41.1% considera que el progreso de la lesión cariosa proximal desde la superficie del esmalte hasta la dentina toma menos de 6 meses; lo que concuerda con Martínez y cols.¹⁷ con un 70.5% y difiere con Plass y cols.²⁰ quienes encontraron que el 48.26 % considera que el progreso de la caries proximal toma 12 meses. Estos hallazgos evidencian una discrepancia en el diagnóstico radiográfico y falta de conocimiento con respecto al progreso de la lesión cariosa debido a que la literatura indica que el tiempo que lleva en progresar desde el esmalte a la dentina es alrededor de 60 meses.¹⁴ En este sentido, también se encontró que el 45.6% de los encuestados está en desacuerdo con mantener en observación una lesión cariosa proximal detectada radiográficamente cerca del límite amelodentinario sin ser restaurada por al menos 6 meses; similar a Martínez y cols.¹⁷ quienes encontraron que la mitad de los encuestados está en desacuerdo con esta afirmación; lo que quiere decir que en ambos estudios intervendrían de manera apresurada con una restauración sin antes intentar algún tratamiento menos invasivo considerando el control periódico de las lesiones cariosas, oponiéndose a los principios de la odontología de mínimamente intervención. Por otro lado, se encontró que el 70% estuvo de acuerdo que la cavidad de una lesión proximal usualmente no es visible al ojo desnudo; similar a lo encontrado por Martínez y cols.¹⁷ donde el 57.5% estuvo de acuerdo con esta afirmación. Finalmente, el 43.3% consideró que es más importante no restaurar

innecesariamente dientes sanos; lo que concuerda con el estudio de Martínez y cols.¹⁷ en un 52.6% de sus encuestados.

Es preciso resaltar, que a pesar de que en esta investigación en cuanto al tipo de enfoque de las decisiones de tratamiento de lesiones cariosas resultó conservador, se ha evidenciado que algunos de los criterios diagnósticos evaluados y las respuestas fueron compatibles con un enfoque más invasivo, lo que confirma la necesidad de hacer este análisis descriptivo basado en las preguntas y no sólo en las ponderaciones establecidas.

El presente estudio tuvo ciertas limitaciones debido a la coyuntura mundial por la pandemia de la COVID-19 y a la modalidad remota en que se desarrollan las actividades académicas universitarias. En primer lugar, al enviar el enlace de la encuesta virtual al correo institucional de los estudiantes, no era respondido inmediatamente, debido a que no suelen revisar frecuentemente su correo. En segundo lugar, en algunas ocasiones la conectividad inestable del internet dificultó el acceso a la clase de los estudiantes y la respuesta inmediata por parte de ellos.

Sin embargo, la fortaleza del estudio es el instrumento utilizado, pues éste ha sido empleado y validado en diversos países para determinar las decisiones de tratamiento de lesiones cariosas proximales y oclusales, así mismo en este estudio fue validado por juicio de expertos y su confiabilidad fue comprobada mediante una prueba piloto.

V. CONCLUSIONES

- Con respecto al tipo de decisiones de tratamiento de lesiones cariosas proximales y oclusales en los estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego se obtuvo que el 83.33% es conservador y el 16.67% es invasivo.
- Según los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas proximales, las decisiones predominantes en los estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego fueron que la lesión que requiere un tratamiento restaurador inmediato es la que se encuentra en la mitad externa de la dentina (21.6%), la técnica de preparación cavitaria que realizarían es una clase II (occlusoproximal) (42.2%) y el material restaurador que utilizarían es la resina compuesta (50%)
- Según los criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas oclusales, las decisiones predominantes en los estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego fueron que la lesión que requiere un tratamiento restaurador inmediato es la de grado cuatro (29.3%), la técnica de preparación cavitaria que realizarían es la de eliminar sólo el tejido cariado (74.4%) y el material restaurador que utilizarían es la resina compuesta (54.4%).
- Según el diagnóstico de caries en lesiones oclusales dudosas, las decisiones predominantes en los estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego fueron que los casos A y B presentan caries de esmalte (60% y 58.9%), los que deberían tratarse haciendo una

preparación cavitaria que incluya la totalidad de las fosas y fisuras (27.8% para el diente A) y una preparación sólo de la zona cariada de la fisura más el sellado del resto de las fisuras (28.9% para el diente B); y el material restaurador que utilizaría es la con resina compuesta (35,6% para el diente A y 42.2% para el diente B).

- En relación a los conocimientos y creencias respecto a caries en los estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, el 41.1% cree que la apariencia radiográfica de una lesión cariosa proximal comparada con las observaciones clínicas, usualmente indica subestimación de la profundidad real; el 41.1% cree que el tiempo promedio que demora una lesión cariosa proximal en progresar desde la superficie del esmalte hasta la dentina es menos de 6 meses; el 45.6% estuvo en desacuerdo con mantener en observación una lesión proximal detectada radiográficamente cerca del límite amelodentinario sin ser restaurada por al menos 6 meses; el 70% considera que la cavitación de una lesión proximal usualmente no es visible al ojo desnudo aun cuando haya llegado al LAD y el 43.3% considera más importante no restaurar innecesariamente dientes sanos.

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones con mayor población, incluyendo estudiantes de otras universidades de la localidad, estudiantes de postgrado, docentes y odontólogos tanto del sector privado como público.
- A pesar de los cambios que han aparecido referentes al diagnóstico de lesiones cariosas, se necesita capacitar a los estudiantes con el propósito de que actualicen sus conocimientos sobre los criterios diagnósticos de caries dental, así como las diversas opciones de tratamiento conservador.

VII. REFERENCIAS

1. Morales ML, Gómez GW. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. Rev Estomatol Herediana [internet]. 2019 [citado 8 oct 2020]; 29 (1):17-29. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000100003&lng=es
2. Mattos VMA, Carrasco LMB, Valdivia PSG. Prevalencia y severidad de caries dental e higiene bucal en niños y adolescentes de aldeas infantiles, Lima, Perú. Odontoestomatología [Internet]. 2017 [citado 8 oct 2020]; 19 (30): 99-106. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392017000300099&lng=es
3. Jiménez RR, Castañeda DM, Corona CMH, Estrada PGA, Quinzán LAM. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. Medisan [Internet]. 2016 [citado 8 oct 2020]; 20(5): 648- 55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000500003&lng=es.
4. Herrera MM, Bonilla RV, Segura EJJ. Caries enfermedad versus caries lesión: implicaciones diagnósticas y terapéuticas según el Internacional Caries Consensus Collaboration Group. Revista Endodoncia [Internet]. 2016 [citado 8 oct 2020]; 34 (4): 204 - 19. Disponible en: <https://personal.us.es/segurajj/documentos/CV-Art-Sin%20JCR/2016-Endodoncia%20-Caries-Herrera.pdf>

5. De Priego GPM. Comparación del diagnóstico de lesiones de caries en la dentición decidua con el índice OMS y el índice ICDAS II- Actividad de caries en pacientes infantiles. Revista Científica Odontológica [Internet].2016 [citado 8 oct 2020]; 4(1):423- 41. Disponible en: <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/241/285>
6. Molina FN, Durán MD, Castañeda CE, Juárez LMLA. La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. Gac Med Mex [Internet]. 2015 [citado 8 oct 2020]; 151: 485-90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2015/gm154i.pdf>
7. Ismail AI, Hasson H, Sohn W. Dental caries in the second millennium. J Dent Educ [Internet]. 2001 [citado 08 octubre 2020]; 65(10): 953-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11699996/>
8. Sánchez CC. Recursos actuales en el diagnóstico de caries. Rev ADM [Internet]. 2018[citado 8 oct 2020]; 75 (6): 334 - 339. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od186g.pdf>
9. Cummins D. Dental Caries: A Disease Which Remains a Public Health Concern in the 21st Century – The Exploration of a Breakthrough Technology for Caries Prevention. J Clin Dent [Internet]. 2013 [citado 8 oct 2020]; 21(2): 25–37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24156135/>
10. McComb D. Conservative operative management strategies. Dent Clin North Am [Internet]. 2005 [citado 8 oct 2020]; 49(4): 847- 65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16150320/>
11. Muñoz CAF, Serrano GCA. Decisiones de tratamiento en lesiones de caries oclusales y proximales, entre cirujanos dentistas que trabajan en el sistema público de salud de la región metropolitana de Santiago de Chile en el año

2017 [Tesis Cirujano Dentista]. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello [Internet]. 2017 [citado 8 oct 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/6710>

12. Pitts N, Zero D. White Paper on Dental Caries Prevention and Management. Tailandia. FDI-CCP; 2016: p. 1-59. Disponible en: https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/2020-11/2016-fdi_cpp-white_paper.pdf
13. Dorri M, Dunne SM, Walsh T, Schwendicke F. Micro-invasive interventions for managing proximal dental decay in primary and permanent teeth. Cochrane Database Syst Rev.2015; 11: p. 1-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26545080/>
14. Mejare I, Sundberg H, Espelid I, Tveit AB. Caries assessment and restorative treatment thresholds reported by Swedish dentists. Acta Odontol. Scand [internet]. 1999 [citado 8 oct 2020]; 57:149-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10480281/>
15. Tubert-Jeannin S, Doméjean-Orliaguet S, Riordan P, Espelid I, Tveit AB. Restorative treatment strategies reported by French university teachers. J Dent Educ [internet]. 2004 [citado 8 oct 2020]; 68 (10): 1096- 103. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15466060/>
16. Ruiz B, Urzúa I, Cabello R, Rodriguez G, Espelid Ivar. Validation of the spanish versión of the questionnaire on the treatment of aproximal and occlusal caries. Clin Oral Invest [Internet]. 2013 [citado 8 oct 2020]; 17: 29-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22287016/>
17. Martínez DCM, Agudelo SAA, Díaz GMV, Martínez PMC, López PAM. Decisiones de tratamiento de lesiones de caries dental por parte de docentes universitarios y odontólogos asistenciales de Medellín (Antioquia)

- [Tesis Cirujano Dentista]. Colombia: Universidad de Antioquia- Metrosalud [Internet]. 2016 [citado 8 oct 2020]. Disponible en: www.metrosalud.gov.co/images/descargas/transparencia2/Estudios-Investigaciones/Decisiones tratamiento lesiones de caries dental.pdf
18. Franky BNM, Benites LJ, Chacón GJS, Mutis PMC. Decisiones de tratamiento en caries oclusal y proximal en odontólogos docentes de las universidades Santo Tomas y Antonio Nariño y de Odontólogos vinculados al Instituto de Salud de Bucaramanga [Tesis Cirujano Dentista]. Colombia: Repositorio Usta [Internet]. 2016 [citado 8 oct 2020]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/9151>
19. Gomes C, Lopes BN, Maranhão VF, Guerra BKV, Vilela HM, Dos santos JVE. Toma de decisiones para el tratamiento de caries oclusales en el sistema de salud público brasileño. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2019 [citado 8 oct 2020]; 56(2): 1-12, e1686. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1686>.
20. Plass R, Junge M, Ortiz D, Garcia M. Decisiones de tratamiento en lesiones de caries, entre cirujanos dentistas del sistema privado de salud en Santiago, Chile, 2018. Rodyb [Internet]. 2019[citado 8 oct 2020]; 8 (2):30-40. Disponible en: <https://www.rodyb.com/wp-content/uploads/2019/05/5-lesiones-de-caries.pdf>
21. Arévalo EDF, Barra FAB. Diferencias de detección y tratamiento de lesiones de caries oclusales de pacientes adultos entre docentes de odontología de la universidad de desarrollo, Santiago de Chile 2019 [Tesis Cirujano Dentista]. Chile: Facultad de medicina Universidad del Desarrollo [Internet]. 2019 [citado 8 oct 2020]. Disponible en: [https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/3026/Diferencias%20de%](https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/3026/Diferencias%20de%20)

20detección%20y%20tratamientos%20de%20lesiones%20de%20caries%20occlusales%20entre%20docentes%20de%20odontolog%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. González CG. Decisiones de tratamiento de los dentistas generales de zona de la región metropolitana, región de Valparaíso y región de O'Higgins, en lesiones de caries en la superficie oclusal de primeros molares permanentes, en niños y niñas de 6 años [Tesis Cirujano Dentista]. Chile: Facultad Odontología Universidad de Chile [Internet]. 2019. [citado 8 oct 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/173189/Decisiones%20de%20tratamiento%20de%20los%20dentistas%20generales%20de%20zona%20de%20la%20Regi%c3%b3n%20Metropolitana%2c%20Regi%c3%b3n%20de%20Valpara%c3%adso%20y%20Regi%c3%b3n%20de%20O%27Higgins.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Laske M, Opdam NJM, Bronkhorst EM, Braspenning JCC, Van der Sanden WJM, Huysmans MCDNJM, Bruers JJ. Minimally invasive intervention for primary caries lesions: Are dentists implementing this concept. Caries Res [Internet]. 2019 [citado 8 oct 2020]; 53(2): 204 -216. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30107377/>
24. Chana P, Orlans MC, O'Toole S, Domejean S, Movahedi S, Banerjee A. Restorative intervention thresholds and treatment decisions of general dental practitioners in London. Br Dent J [Internet]. 2019 [citado 8 oct 2020]; 227 (8):727 - 732. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31654011/>

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

RESOLUCIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UPAO

Facultad de Medicina Humana
DECANATO

Trujillo, 17 de mayo del 2021

RESOLUCION Nº 0941-2021-FMEHU-UPAO

VISTO, el expediente organizado por Don (ña) **MONCADA VARGAS LESLIE GIULIANA** alumno (a) de la Escuela Profesional de Estomatología, solicitando **INSCRIPCIÓN** de proyecto de tesis Titulado "**DECISIONES DE TRATAMIENTO DE LESIONES CARIOSAS OCLUSALES Y PROXIMALES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEJOR ORREGO, 2021-00**", para obtener el **Título Profesional de Cirujano Dentista**, y;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) alumno (a) **MONCADA VARGAS LESLIE GIULIANA**, ha culminado el total de asignaturas de los 10 ciclos académicos, y de conformidad con el referido proyecto revisado y evaluado por el Comité Técnico Permanente de Investigación y su posterior aprobación por el Director de la Escuela Profesional de Estomatología, de conformidad con el Oficio Nº **0299-2021-ESTO-FMEHU-UPAO**;

Que, de la Evaluación efectuada se desprende que el Proyecto referido reúne las condiciones y características técnicas de un trabajo de investigación de la especialidad;

Que, habiéndose cumplido con los procedimientos académicos y administrativos reglamentariamente establecidos, por lo que el Proyecto debe ser inscrito para ingresar a la fase de desarrollo;

Estando a las consideraciones expuestas y en uso a las atribuciones conferidas a este despacho;

SE RESUELVE:

- Primero.-** **AUTORIZAR** la inscripción del Proyecto de Tesis intitulado "**DECISIONES DE TRATAMIENTO DE LESIONES CARIOSAS OCLUSALES Y PROXIMALES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEJOR ORREGO, 2021-00**", presentado por el (la) alumno (a) **MONCADA VARGAS LESLIE GIULIANA**, en el registro de Proyectos con el **Nº821-ESTO** por reunir las características y requisitos reglamentarios declarándolo expedito para la realización del trabajo correspondiente.
- Segundo.-** **REGISTRAR** el presente Proyecto de Tesis con fecha **17.05.21** manteniendo la vigencia de registro hasta el **17.05.23**.
- Tercero.-** **NOMBRAR** como Asesor de la Tesis al (la) profesor (a) **ULLOA CUEVA TERESA VERONICA**.
- Cuarto.-** **DERIVAR** al Señor Director de la Escuela Profesional de Estomatología para que se sirva disponer lo que corresponda, de conformidad con la normas Institucionales establecidas, a fin que el alumno cumpla las acciones que le competen.
- Quinto.-** **PONER** en conocimiento de las unidades comprometidas en el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



Dr. Ramel Ulloa Deza

Decano de la Facultad de Medicina Humana



Dra. Elena Adela Caceres Andonaire

Secretaria de Facultad

c.c.
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA
ASESOR
EXPEDIENTE
Archivo

ANEXO 2

AUTORIZACION DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA



"Año del bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Trujillo, 18 de febrero de 2021

CARTA N° 0007-2021-ESTO-FMEHU-UPAO

Señores Dres.:

DOCENTES DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA UPAO

De mi consideración:

Mediante la presente reciba un cordial saludo y, a la vez, presentar a, **LESLIE GIULIANA MONCADA VARGAS**, egresada de esta Escuela Profesional, quien realizará trabajo de investigación de su anteproyecto para poder optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Motivo por el cual solicito le brinde las facilidades a nuestra egresada en mención, quien a partir de la fecha estará pendiente con su persona para las coordinaciones que correspondan.

Sin otro particular y agradeciendo la atención brindada, es propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente

Dr. OSCAR DEL CASTILLO HUERTAS
Director de la Escuela Profesional de Estomatología

Cc. Archivo
 Carol Calle

ANEXO 3
CONSENTIMIENTO Y/O ASENTAMIENTO INFORMADO

APELLIDOS Y NOMBRES:

ID:

DNI:

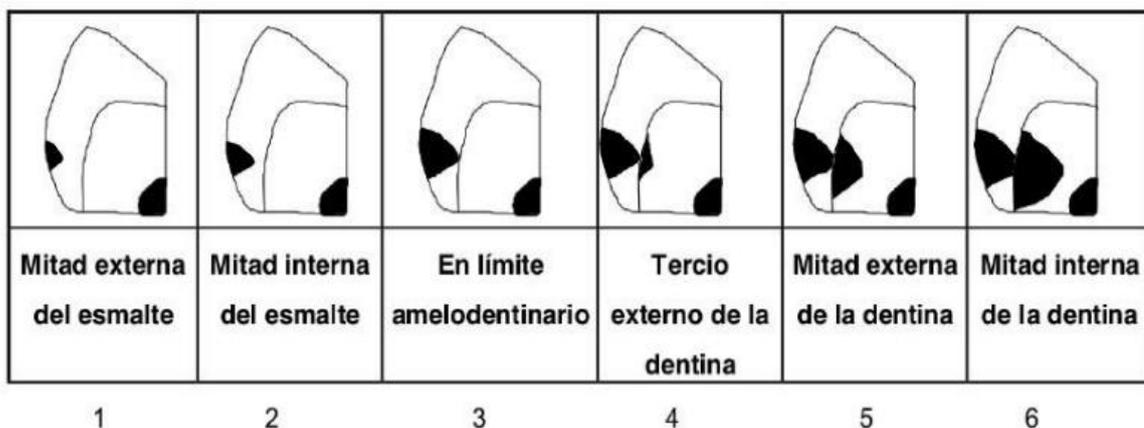
Dejo expresa constancia que he sido informado ampliamente del presente trabajo de investigación; cuyo objetivo es determinar las decisiones de tratamiento de lesiones cariosas oclusales y proximales en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00; donde la responsable es la estudiante de estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego Leslie Giuliana Moncada Vargas, con ID 000122576. Se me ha explicado claramente y resuelto las dudas a las preguntas correspondientes, también entiendo que es un cuestionario anónimo y se mantendrán bajo absoluta confidencialidad. Comprendo que la participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, los gastos en los que se incurra durante la investigación serán asumidos por el investigador. Por esta razón, acepto participar del presente proyecto de investigación.

- DE ACUERDO
- EN DESACUERDO

ANEXO 4

CUESTIONARIO SOBRE “DECISIONES DE TRATAMIENTO DE LESIONES CARIOSAS OCLUSALES Y PROXIMALES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO, 2021- 00”.

1. La figura muestra diferentes estados radiográficos de la progresión de una lesión cariosa proximal en la superficie distal de un segundo premolar superior.



- a) ¿Qué lesión (es) considera Ud. que requiere (n) tratamiento restaurador (Operatorio inmediato)? Es decir, aquella (s) lesión (es) en las que Ud. No pospondría el tratamiento restaurador bajo ninguna circunstancia aun cuando el paciente tenga baja actividad de caries y buena higiene oral (Marque todas las que Ud. considere).

<input type="checkbox"/>	1.
<input type="checkbox"/>	2.
<input type="checkbox"/>	3.
<input type="checkbox"/>	4.
<input type="checkbox"/>	5.
<input type="checkbox"/>	6.

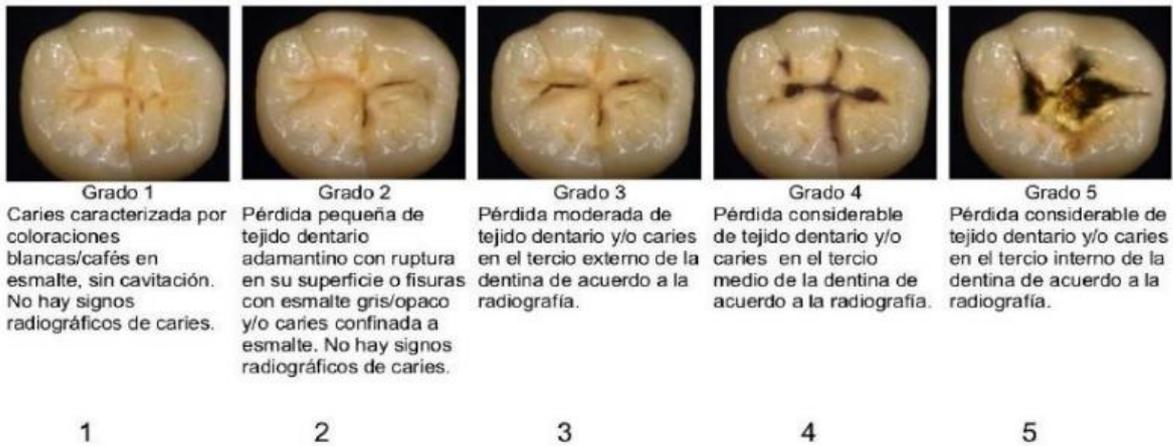
- b) ¿Qué técnica de preparación cavitaria escogería para la lesión más pequeña que Ud. restauraría? (Marque una sola opción).

<input type="checkbox"/>	Clase II (Oclusoproximal).
<input type="checkbox"/>	Preparación tipo túnel.
<input type="checkbox"/>	Clase II estricta.

- c) ¿Qué material utilizaría para la lesión más pequeña que Ud. restauraría? (Marque una sola opción).

<input type="checkbox"/>	Amalgama
<input type="checkbox"/>	Resina compuesta.
<input type="checkbox"/>	Ionómero de vidrio convencional.
<input type="checkbox"/>	Ionómero de vidrio modificado con resina.
<input type="checkbox"/>	Otros.

2. La figura muestra diferentes apariencias clínicas de lesiones cariosas oclusales de un segundo molar inferior.



a) ¿Qué lesión (es) considera Ud. que requieren (n) un tratamiento operatorio inmediato? Es decir, aquella (s) lesión (es) en las que Ud. No pospondría el tratamiento restaurador bajo ninguna circunstancia aun cuando el paciente tenga baja actividad de caries y buena higiene oral (Marque todas las que Ud. considere).

1
 2
 3
 4
 5

b) ¿Qué técnica de preparación cavitaria escogería para la lesión más pequeña que Ud. restauraría? (Marque una sola opción).

Eliminar solo el tejido cariado.
 Preparación cavitaria que se extiende abarcando todas las fosas y fisuras.

c) ¿Qué material utilizaría para la lesión más pequeña que Ud. restauraría? (Marque una sola opción).

Amalgama.
 Resina Compuesta.
 Ionómero de vidrio convencional.
 Ionómero de vidrio modificado con resina.
 Otros.

3. DIENTE A

Diagnóstico de lesión cariosa. Las preguntas corresponden a un paciente hipotético de 20 años de edad, quien visita al dentista anualmente, tiene baja actividad cariogénica y buena higiene oral



a) ¿Cree Ud. a partir de la apariencia clínica y radiográfica, que el diente A presenta caries oclusal de esmalte o dentina? (Marque una sola opción).

- No presenta caries.
- Caries de esmalte.
- Caries dentinaria.
- No estoy seguro/a.

b) ¿Cómo trataría Ud. la superficie oclusal que se muestra en la figura (diente A)? (Marque una sola opción).

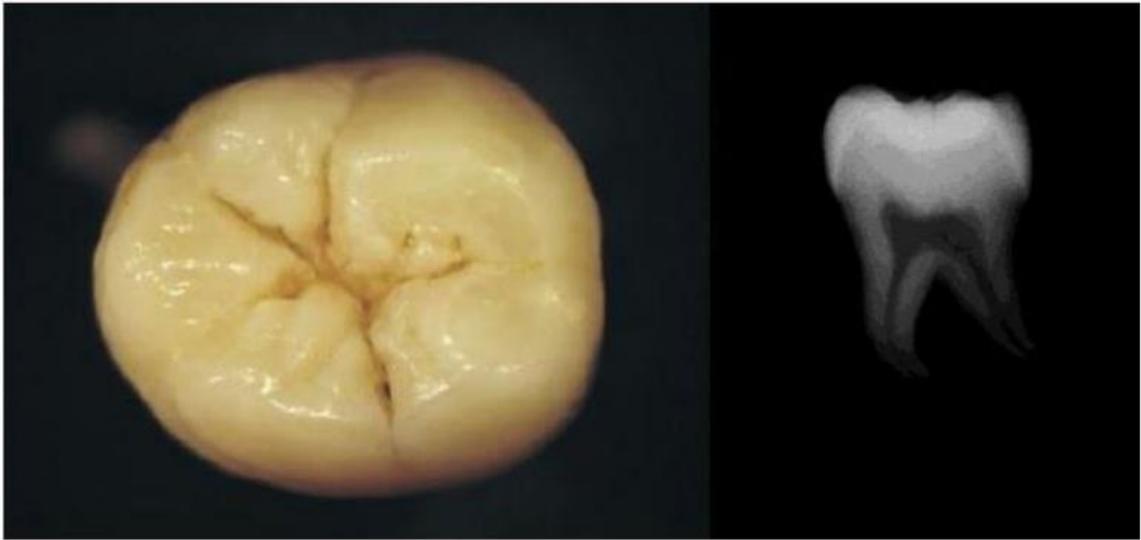
- Ningún tratamiento.
- Tratamiento con flúor.
- Sellante de fisura.
- Preparar sólo la zona cariada de la fisura.
- Preparar sólo la zona cariada de la fisura + sellado del resto de las fisuras.
- Preparación cavitaria que incluya la totalidad de las fosas y fisuras.

c) Si decidiera restaurar este diente ¿Qué material utilizaría? (Marque una sola opción).

- Amalgama.
- Resina compuesta.
- Ionómero de vidrio convencional.
- Ionómero de vidrio modificado con resina.
- Otros.

4. DIENTE B

Diagnóstico de lesión cariosa. Las preguntas corresponden a un paciente hipotético de 20 años de edad quien visita al dentista anualmente, tiene baja actividad cariogénica y buena higiene oral.



a) ¿Cree Ud. a partir de la apariencia clínica y radiográfica, que el diente B presenta caries oclusal de esmalte o dentina? (Marque una sola opción).

- No presenta caries.
- Caries de esmalte.
- Caries dentinaria.
- No estoy seguro/a.

b) ¿Cómo trataría Ud. la superficie oclusal que se muestra en la figura (diente B)? (Marque una sola opción).

- Ningún tratamiento.
- Tratamiento con flúor.
- Sellante de fisura.
- Preparar sólo la zona cariada de la fisura.
- Preparar sólo la zona cariada de la fisura + sellado del resto de las fisuras.
- Preparación cavitaria que incluya la totalidad de las fosas y fisuras

c) Si decidiera restaurar este diente ¿Qué material utilizaría? (Marque una sola opción).

- Amalgama.
- Resina compuesta.
- Ionómero de vidrio convencional.
- Ionómero de vidrio modificado con resina.
- Otros.

5. Piensa Ud. que la apariencia radiográfica de una lesión cariosa proximal, comparada con las observaciones clínicas, usualmente indica (Marque una sola opción).

- Subestimación de la profundidad real.
- La profundidad real.
- Sobreestimación de la profundidad real.

6. ¿Cuánto tiempo promedio cree Ud. que demora una lesión cariosa proximal en progresar desde la superficie del esmalte hasta la dentina (en dentición permanente)? (Marque una sola opción).

- Menos de 6 meses.
- 12 meses.
- 13 a 23 meses.
- Más 24 meses.

7. “Si una lesión proximal es detectada radiográficamente cerca del límite amelodentinario (LAD) debe mantenerse en observación sin ser restaurada por al menos 6 meses para determinar si está activa y evaluar su tasa de progresión”. Con respecto a esta afirmación, Ud. está: (Marque una sola opción).

- De acuerdo.
- En desacuerdo.
- No estoy seguro.

8. “La cavitación de una lesión proximal usualmente no es visible al ojo desnudo aun cuando la lesión haya llegado al LAD”. Con respecto a esta afirmación, Ud. está: (Marque una sola opción).

- De acuerdo.
- En desacuerdo.
- No estoy seguro.

9. ¿Qué es para Ud. lo más importante? (Marque una sola opción).

- Es más importante restaurar todos los dientes cariados (aceptando el riesgo de algunas restauraciones innecesarias).
- Es más importante no restaurar innecesariamente dientes sanos (aceptando el riesgo de no restaurar algunas lesiones de caries).
- Los riesgos de cometer un error son de igual importancia.

ANEXO 5
PONDERACIÓN ESPECÍFICA POR CADA DIMENSIÓN Y PREGUNTA

Criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas proximales 0.25		Criterios de tratamiento restaurador para lesiones cariosas oclusales 0.125		Diagnóstico de caries en lesiones oclusales dudosas 0.125		Conocimientos y creencias respecto a caries 0.5	
1a	0.7	2a	0.7	3a	0.075	5	0.2
1b	0.15	2b	0.15	3b	0.35	6	0.2
1c	0.15	2c	0.15	3c	0.075	7	0.2
				4a	0.3	8	0.2
				4b	0.15	9	0.2
				4c	0.05		

ANEXO 6

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO MEDIANTE V. DE AIKEN

Fórmula V de Aiken

$$V = \frac{S}{(n(c - 1))}$$

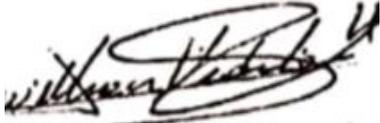
Leyenda:
 S = sumatoria de Si
 Si= valor asignado por cada juez
 n = número de jueces
 C = valores de cada escala de medición

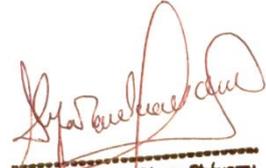
ITEM	CALIFICACIONES DE LOS JUECES								SUMA	V
	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	JUEZ 6	JUEZ 7	JUEZ 8		
1	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0.9
2	1	1	0	1	1	1	1	0	6	0.8
3	1	0	1	1	1	1	1	1	7	0.9
4	1	1	1	1	0	1	1	1	7	0.9
5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.0
6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.0
7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.0
8	1	1	0	1	1	1	1	1	7	0.9
9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.0
10	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.0
11	1	1	0	1	1	1	0	1	6	0.8
12	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.0
13	1	1	1	1	0	1	0	0	5	0.6
14	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.0
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1.0
16	1	1	1	0	0	1	0	1	5	0.6
17	0	1	0	1	1	1	1	1	6	0.8
V DE AIKEN GENERAL										0.908

Conclusión: Siendo el coeficiente V. de Aiken total 0.908, esto demuestra que el contenido del instrumento de recopilación de informe es completamente válido

VALIDEZ DE CONTENIDO MEDIANTE LA VALORACIÓN POR EXPERTOS

“Decisiones de tratamiento de lesiones cariosas oclusales y proximales en estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2021-00”.

EXPERTO	FIRMA
Jorge Luis Huarcaya López	
Carlos Salatiel Morera Chavez	
Cesar Alberto Pomacóndor Hernández	
Williams Vidalón Hoyle	
Gustavo Gerardo Watanabe Oshiro	
Rosio Esther Aramburú Vivanco	

<p>Gabriela Katherine Aldave Quezada</p>	 <p>CD. Gabriela Aldave Quezada C.O.P 26727</p>
<p>Stefanny Zarate Chavarry</p>	 <p>CD. Stefanny L. Zárata Chévarry COP 28452</p>

ANEXO 7

PRUEBA DE CONFIABILIDAD MEDIANTE “ALFA” DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \times \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Dónde:

K: Número de ítems.

S_i^2 : Varianza de cada ítem.

S_t^2 : Varianza del total de ítems.

Σ : Sumatoria

Prueba de Confiabilidad mediante “r” de correlación

$$r = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{n \sum x^2 - (\sum x)^2} \times \sqrt{n \sum y^2 - (\sum y)^2}} \quad r_s = \frac{2 \times r}{1 + r}$$

Dónde:

r: Correlación de Pearson

r_s : Correlación de Spearman (Validez Interna)

x: Puntaje impar obtenido

x^2 : Puntaje impar al cuadrado obtenido

y: Puntaje par obtenido

y^2 : Puntaje par al cuadrado obtenido

n: Número de encuestados

Σ : Sumatoria

“RESULTADOS DE CONFIABILIDAD UTILIZANDO EL SPSS V₂₆”

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	0,0
	Total	20	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,852	17

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Preg.1	13,9500	8,576	,559	,842
Preg.2	14,0000	8,632	,349	,849
Preg.3	14,0000	8,211	,597	,838
Preg.4	14,1500	8,029	,449	,847
Preg.5	14,0000	7,895	,791	,829
Preg.6	13,9500	8,576	,559	,842
Preg.7	14,0500	7,734	,731	,830
Preg.8	13,9500	9,524	,564	,865
Preg.9	14,0500	8,050	,565	,839
Preg.10	13,9500	9,418	,805	,863
Preg.11	14,0500	8,682	,511	,856
Preg.12	14,0500	8,050	,565	,839
Preg.13	14,0500	8,155	,511	,842
Preg.14	14,0500	8,050	,565	,839
Preg.15	14,1500	7,924	,495	,844
Preg.16	13,9000	9,358	,720	,855
Preg.17	14,1000	7,358	,823	,823

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Spearman Brown	N de elementos
0,852	0,776	17

De esta manera se corroboró que la prueba aplicada a la muestra piloto de 20 estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego – Trujillo del 2021, es completamente válida y confiable.

ANEXO 8

CONSTANCIA DE APROBACION DEL COMITÉ DE ETICA UPAO



UPAO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
Comité de Bioética

RESOLUCIÓN COMITÉ DE BIOÉTICA N°0128-2021-UPAO

Trujillo, 03 de junio de 2021

VISTO, la solicitud de fecha 02 de junio de 2021 presentada por la alumna MONCADA VARGAS LESLIE GIULIANA, quien solicita autorización para realización de investigación, y;

CONSIDERANDO:

Que por solicitud, la alumna MONCADA VARGAS LESLIE GIULIANA solicita se le de conformidad a su proyecto de investigación, de conformidad con el Reglamento del Comité de Bioética en Investigación de la UPAO.

Que en virtud de la Resolución Rectoral N° 3335-2016-R-UPAO de fecha 7 de julio de 2016, se aprueba el Reglamento del Comité de Bioética que se encuentra en la página web de la universidad, que tiene por objetivo su aplicación obligatoria en las investigaciones que comprometan a seres humanos y otros seres vivos dentro de estudios que son patrocinados por la UPAO y sean conducidos por algún docente o investigador de las Facultades, Escuela de Posgrado, Centros de Investigación y Establecimiento de Salud administrados por la UPAO.

Que en el presente caso, después de la evaluación del expediente presentado por la alumna, el Comité Considera que el mencionado proyecto no contraviene las disposiciones del mencionado Reglamento de Bioética, por tal motivo es procedente su aprobación.

Estando a las razones expuestas y de conformidad con el Reglamento de Bioética de Investigación;

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el proyecto de investigación: DECISIONES DE TRATAMIENTO DE LESIONES CARIOSAS OCLUSALES Y PROXIMALES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEGOR ORREGO, 2021- 00.

SEGUNDO: DAR cuenta al Vicerrectorado de Investigación.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

Dr. José Guillermo González Cabeza
Presidente del Comité de Bioética
UPAO



ANEXO 9

CONSTANCIA DE ASESORIA



Sr.

Dr. Oscar Del Castillo Huertas

**Director
Escuela de Estomatología
Universidad Privada Antenor Orrego**

Por medio de la presente, TERESA VERONICA ULLOA CUEVA, docente de la Escuela de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, ID N° 000015987 declaro que he aceptado asesorar el anteproyecto de investigación titulado: "DECISIONES DE TRATAMIENTO DE CARIES OCLUSALES Y PROXIMALES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO – TRUJILLO, 2020 ", cuya autoría recae en el(la) estudiante MONCADA VARGAS LESLIE GIULIANA, y me comprometo de manera formal a asumir la responsabilidad de la asesoría hasta la sustentación de la tesis.

Agradeciendo su atención, quedo de usted.

Atentamente:

TERESA VERONICA ULLOA
CUEVA

Trujillo, 14 de Noviembre de 2020

