



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE
ODONTOLOGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN
ODONTÓLOGOS DE CHICLAYO EN TIEMPO DE
PANDEMIA, 2021**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

Autor (es):

Bach. Agapito Ramos, Ivy Darianna

Orcid: 0000-0003-2723-0415

Bach. Saavedra Garcia, Josari Jamil

Orcid:0000-0001-7854-1868

Asesor:

Mg. CD. Portocarrero Mondragon, Juan Pablo.

Orcid:0000-0001-5459-8034

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú

2022

Aprobación de Tesis

Mg. CD. Romero Gamboa Julio Cesar

Presidente del jurado de tesis

CD. Ojeda Gomez Roberto Carlos

Secretario del jurado de tesis

Mg. CD. Portocarrero Mondragon Juan Pablo

Vocal de tesis



Universidad
Señor de Sipán

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quienes suscriben la **DECLARACIÓN JURADA**, AGAPITO RAMOS IVY DARIANNA, identificada con D.N.I N°72481805 Y SAAVEDRA GARCÍA JOSARI JAMIL, identificado con D.N.I N°73635412 somos **egresados** del Programa de Estudios de **ESTOMATOLOGIA** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaramos bajo juramento que somos autores del trabajo titulado:

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ODONTOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN ODONTOLOGOS DE CHICLAYO EN TIEMPO DE PANDEMIA, 2021.

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

Agapito Ramos Ivy Darianna	DNI: 72481805	
Saavedra García Josari Jamil	DNI: 73635412	

Pimentel, 16 de marzo del 2023

Dedicatoria

Queremos dedicar nuestra tesis a nuestros padres, que fueron pilares esenciales a lo largo de nuestra carrera, por brindarnos su apoyo, confianza, cariño en el hogar y motivación para seguir adelante.

Agradecimiento

Queremos agradecer primeramente a Dios, por brindar salud y bienestar día a día a nuestras familias y a nosotros. Nuestro profundo agradecimiento a quienes nos apoyaron a lo largo de nuestras carreras universitarias, padres, abuelos, tíos y hermanos. Agradecer también a todas las personas que hicieron posible la realización de nuestra investigación. De la misma forma agradecer a la Universidad Señor de Sipán, a los docentes, quienes, por medio de sus enseñanzas y sus valiosos conocimientos, sus experiencias y su apoyo incondicional, hicieron posible, que nuestro proceso formativo, se desarrolle de manera óptima y con toda la disposición posible, queremos expresar de manera especial un agradecimiento, al Mg. CD. Portocarrero Mondragón, Juan Pablo, principal colaborador durante todo el proceso de investigación, pues mediante capacitación, su experiencia, enseñanzas y sus conocimientos, nos permitió realizar con éxito la culminación de la presente investigación.

Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia. Esta investigación fue una encuesta transversal basada en un cuestionario. Los participantes en este estudio fueron 100 odontólogos de Chiclayo evidenciando una tasa de respuesta del 100%. Se informaron estadísticas descriptivas. Los resultados fueron que el nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología Mínimamente Invasiva en odontólogos en tiempos de pandemia fue mayor para el nivel alto en un 69% en conocimiento y 60% en actitudes. Según factores sociodemográficos en el nivel de conocimiento; fue mayor para el género femenino con 44%, con respecto a los años de ejercicio laboral de 1 a 5 años con 30%; y con horas laborales diarias fue para 7 a 9 horas con 33% y por último cantidad de pacientes atendidos diarios fue de 1 a 10 personas con un 35%. Para las actitudes fue mayor para el género femenino con 40%, con respecto a los años de ejercicio laboral de 1 a 5 años con 29%; y con horas laborales diarias fue para 7 a 9 horas con 32% y por último Cantidad de pacientes atendidos diarios fue de 1 a 10 personas con un 36%. La conclusión fue que el nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología Mínimamente Invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia fue alto. Sin embargo, debemos resaltar que se debe enseñar en las escuelas de odontología las nuevas técnicas para su mayor aprendizaje.

Palabras claves:

Odontología mínimamente invasiva, conocimiento, actitud, odontólogo.

Abstract

The objective of the research was to determine the level of knowledge and attitudes about minimally invasive dentistry in dentists in times of pandemic. This research was a cross-sectional survey based on a questionnaire. The participants in this study were 100 dentists from the Chiclayo, showing a response rate of 100%. Descriptive statistics were reported. The results were that the level of knowledge and attitudes about Minimally Invasive Dentistry in dentists in times of pandemic, was higher for the high level by 69% in knowledge and 60% in attitudes. According to sociodemographic factors in the level of knowledge; it was higher for the female gender with 44%, with respect to the years of labor exercise from 1 to 5 years with 30%; and with daily working hours it was for 7 to 9 hours with 33% and finally the number of patients attended daily was from 1 to 10 people with 35%. For attitudes, it was higher for the female gender with 40%, with respect to the years of employment from 1 to 5 years with 29%; and with daily working hours it was for 7 to 9 hours with 32% and finally Number of patients attended daily was from 1 to 10 people with 36%. The conclusion was that the level of knowledge and attitudes about Minimally Invasive dentistry in dentists in times of pandemic was high. However, we must emphasize that new techniques should be taught in dental schools for further learning.

Keywords

Minimally invasive dentistry, knowledge, attitude, dentist.

ÍNDICE

Aprobación de Tesis	ii
Declaración Jurada De Originalidad	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Keywords	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Realidad Problemática.....	9
1.2. Trabajos Previos.....	10
1.3. Teorías relacionadas al tema	13
1.3.1. Conocimiento	13
1.3.2. Actitud.....	13
1.3.3. Odontología mínimamente invasiva.....	14
1.4. Formulación del Problema.....	21
1.5. Justificación e importancia del estudio.	21
1.6. Hipótesis.....	22
1.7. Objetivos.	22
1.7.1. Objetivo General.....	22
1.7.2. Objetivos Específicos.	22
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	23
2.1. Tipo y Diseño de Investigación	23
2.2 Variables, Operacionalización.....	23
2.2. Población y Muestra	29
2.3. Técnica e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	29
2.4. Procedimiento de análisis de datos	30
2.5. Criterios éticos.....	30
2.6. Criterio de Rigor científico.....	31
III. RESULTADOS.....	32
3.1. Tablas y figuras	32
3.2. Discusión de resultados.....	36
IV. CONCLUSIONES.....	39
4.1 Conclusiones.....	39
4.2 Recomendaciones.....	40
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	41
ANEXOS	47

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

La odontología de intervención mínima (OIM) se define como "una filosofía de manejo holístico que integra el control de la lesión cariosa y la intervención quirúrgica mínima".¹ En la actualidad, el enfoque quirúrgico para el control de la caries como primera línea de defensa no elimina la causa de la enfermedad sino que conduce a un proceso continuo de odontología de reemplazo, en el que la cavidad se agranda y el diente se debilita, este reconocimiento condujo al surgimiento de odontología mínimamente invasiva (OMI).²

La OMI abarca el diagnóstico temprano de caries a través de la evaluación del riesgo (ERC), la detección temprana de lesiones cariosas incipientes, incluida la prevención primaria y secundaria basada en evidencia científica de que la remineralización del esmalte y la dentina desmineralizados es posible si se detecta temprano.³ Para Suma G, et al.⁴ refiere que aunque el plan de estudios de odontología se centra en las ventajas de la OMI en la conservación de los dientes, esta ciencia no suele trasladarse a la práctica.⁴

A nivel internacional, Shah AH, et al.⁵ indica que la práctica de la mayoría de los graduados se encuentra con un 60% de falta de conocimientos e implementación de los principios OMI. Aunque la mayoría de estos estudios incluyeron servicios dentales generales, practicantes que pertenecen a diferentes nacionalidades, antecedentes educativos y seguir diferentes escuelas de pensamiento, por lo tanto, varían en sus perspectivas y prácticas.

Se ha documentado una reducción significativa de la caries dental en niños en países desarrollados durante las últimas décadas indicando una prevalencia de caries del 72% al 41% en niños de 5 años y del 97% al 46% en jóvenes de 15 años hasta la edad adulta de 40 años.¹ Por el contrario, se cree que la prevalencia de la caries dental infantil está creciendo rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos menos prósperos, con una prevalencia por continente: África: 30% [95% IC 19, 45]; Américas: 48% [95% IC 42, 54]; Asia: 52% [95% IC 43, 61] principalmente debido al cambio en el estilo de vida y los hábitos dietéticos.⁶ Entre otras razones, los enfoques

convencionales que no sólo tiene un costo biológico, sino también una carga financiera, ya que se evidencia en tiempo y en esfuerzo en las prácticas dentales generales ya que se dedican a restauración, reparación y reemplazo de fallas existentes.^{7,8,9}

Según INEI (2022). El Perú tuvo una población de 33 millones 396 mil, es un país de ingresos bajos con un número relativamente alto de dentistas 16 mil 207, no obstante en el país existe 1 dentista cada 600 o 700 habitantes; por ello, existen problemas importantes con la distribución desigual de la fuerza laboral dental.^{10,11} En las últimas encuestas dentales de niños, la prevalencia de caries dental entre los niños en edad preescolar fue alta con un 85% por ello se indica que recién se está enfocando la odontología mínimamente invasiva ya que la enseñanza y la aplicación de técnicas utilizadas para el manejo de diversas áreas se están estudiando recientemente.¹² Por ello, el estudio determinó el nivel de Conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, 2021; ya que con ello, enseñar odontología mínimamente invasiva para el tratamiento de la caries dental puede allanar el camino para su aplicación más amplia en el entorno de atención primaria para abordar la caries dental infantil.

1.2. Trabajos Previos.

Internacionales

Moradi S, et al.¹ (2021) Irán. El estudio tuvo como objetivo evaluar la enseñanza de intervenciones mínimamente invasivas en odontología pediátrica. Esta fue una encuesta transversal basada en un cuestionario. Los resultados fueron que el nivel fue bajo a pesar de que se enseñaron el sellado preventivo de fisuras y la restauración preventiva con resina (PRR). Los métodos enseñados con menos frecuencia fueron el fluoruro de diamina de plata (SDF), la técnica de Hall y la infiltración de resina, que se enseñaron "tanto didáctica como clínicamente" en menos del 5% de las facultades de odontología. La conclusión fue baja en diversas facultades y que una variación notable en la enseñanza de los enfoques mínimamente invasivos, incluidos SDF, la técnica de Hall y la infiltración de resina, no se enseñan.

Sri Sakthi DD, et al.² (2021) China. El estudio se realizó para evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de los odontólogos generales hacia OMI, los odontólogos registrados en Chennai formaron el marco de muestreo. Los datos se analizaron con el software SPSS y se realizaron pruebas de chi cuadrado entre los puntajes de conocimiento y actitud, los puntajes de conocimiento y el género. El 44,4% tenía buenos conocimientos y el 37,9% buenas actitudes hacia la OMI. Los odontólogos generales que tenían de 5 a 10 años de experiencia clínica tenían 47,8% de conocimiento. Los hombres tenían un 39,1% de buenas prácticas mientras que las mujeres tenían un 60,9% de buenas prácticas. Se debe poner en práctica más OMI en el plan de estudios dental y su implementación durante su práctica clínica garantiza el conocimiento y la práctica adecuados de los dentistas en el futuro.

Viswapurna T, et al.⁷ (2021) Emiratos Árabes Unidos. Este estudio proporcionará como objetivo evaluar el nivel de conocimiento y la actitud de los odontólogos generales en Omán hacia la adopción de los principios de OMI para el manejo de la caries. El diseño fue una encuesta transversal. Los resultados fueron que el 72,7% de los encuestados eran mujeres y el resto hombres. El 88% de los encuestados dijeron que estaban familiarizados con los principios de la OMI y el 87% dijo que el manejo de la caries era parte de su práctica diaria, obteniendo un conocimiento bueno. La conclusión fue que esta encuesta ayudó a evaluar la popularidad de los conceptos de caries con OMI entre los dentistas en Omán y también a planificar futuros programas de educación continua sobre el manejo de la caries OMI.

Mian RI.⁸ (2020) Arabia Saudita. El estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento sobre la técnica OMI entre los estudiantes de pregrado y los internos de las facultades de odontología ubicadas en la región norte de Arabia Saudita. Esta fue una encuesta transversal en línea que involucró a 355 estudiantes de odontología y pasantes de tres facultades de odontología. Los resultados fueron que de un total de 355 participantes respondieron con una tasa de respuesta del 78,88%. Género, año de estudio y Ciudad mostraron diferencia significativa en el conocimiento en $p < 0,05$. Con un conocimiento de 48% de los encuestados. La conclusión fue que la mayoría de los participantes poseían conocimientos sobre OMI y demostraron una

actitud positiva hacia OMI práctica/técnicas. Aunque se observó escasez de aplicación en sus actitudes hacia la detección contemporánea de caries

Rayapudi J, et al.³ (2018) India. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento, la actitud y las habilidades de los odontólogos de Puducherry con respecto a los conceptos de OMI. Los datos se recopilaron a través de un cuestionario en línea. Los resultados fueron que respondieron 126 odontólogos de los cuales solo el 55% se capacitó en OMI durante su pregrado y pasantía, principalmente a través de conferencias (49,6%). Casi el 81% estuvo de acuerdo en que la CRA debería realizarse para todos los pacientes. Más del 70% desconocía los métodos más nuevos de detección de caries, en el sexo masculino y los que tienen mayor tiempo de trabajo. La conclusión fue que, aunque existe conocimiento sobre las ventajas de OMI entre los dentistas de Puducherry, no beneficia a los pacientes, ya que muchos profesionales aún siguen los principios tradicionales de eliminación total de caries.

Vinay V.⁹ (2018) India. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento, la actitud, la práctica y el comportamiento de los internos de odontología hacia la OMI. Se realizó una encuesta transversal entre 260 pasantes de odontología de 3 facultades de odontología de la ciudad de Pune. Los resultados fueron que se encontró que un total de 256 cuestionarios eran legibles con una tasa de respuesta general del 98,4%. Las puntuaciones medias de conocimiento (4,19+1,2), actitud (6,60+2,02), práctica (22,59+3,83) y comportamiento de decisión clínica (2,88+1,21) mostraron que estos internos tenían un conocimiento adecuado y una actitud positiva hacia la OMI en el sexo femenino con mayor porcentaje. La conclusión fue que, aunque la mayoría de los internos dentales tenían un conocimiento inadecuado, mostraron una actitud positiva hacia OMI.

Suma G, et al.⁴ (2017) India. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento, la actitud, las prácticas y los comportamientos de OMI de los profesionales dentales de la ciudad de Bengaluru. Se realizó una encuesta transversal basada en un cuestionario mediante 25 preguntas. Los resultados fueron que entre 100 encuestados, las puntuaciones medias de conocimiento, actitud y decisión clínica fueron $3,57 \pm 0,685$, 0 a 4; $18,84 \pm$

2,21, 5 a 25; y $4,69 \pm 0,78$, 0 a 6 respectivamente. Los datos mostraron que los profesionales dentales tenían un conocimiento adecuado y una actitud positiva hacia OMI. La conclusión fue que el conocimiento adecuado y la actitud positiva no influyeron en su comportamiento de toma de decisiones clínicas ni en su aplicación práctica de OMI.

Nacional

Fernández MA.¹⁰ (2021) Piura. El objetivo general de la investigación fue analizar el conocimiento sobre odontología mínimamente invasiva en cirujanos dentistas. La investigación fue una revisión documentaria. Los resultados muestran un alto conocimiento. Además, el conocimiento sobre remineralización dental sobresaliendo los fluoruros y fosfopéptido de caseína - fosfatos de calcio amorfo (CCP – ACP) indican un 91.2%, el 91.3% conocen la eficacia de sellantes de fosas y fisuras y finalmente 99% conoce la técnica TRA. La conclusión fue que el conocimiento en cirujanos dentistas sobre odontología mínimamente invasiva fue incierto.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Conocimiento

El conocimiento es la acción y efecto de conocer, es decir, de adquirir información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón, el entendimiento y la inteligencia. En su sentido más general, la palabra conocimiento alude a la información acumulada sobre un determinado tema o asunto. En un sentido más específico, el conocimiento es definido como el conjunto de habilidades, destrezas, procesos mentales e información adquiridos por el individuo, cuya función es ayudarlo a interpretar la realidad, resolver problemas y dirigir su comportamiento.¹²

1.3.2. Actitud

La actitud es la manifestación o el ánimo con el que frecuentamos una determinada situación, puede ser a través de una actitud positiva o actitud negativa. La actitud positiva permite afrontar una situación enfocando al individuo únicamente en los beneficios de la situación en la cual atraviesa y, enfrentar la realidad de una forma sana, positiva y efectiva. A su vez, la actitud negativa no permite al individuo sacar ningún provecho de la situación

que se está viviendo lo cual lo lleva a sentimientos de frustración, resultados desfavorables que no permiten el alcance de los objetivos trazados.¹³

1.3.3. Odontología mínimamente invasiva.

El enfoque principal en el modelo mínimamente invasivo de manejo de caries es identificar y eliminar los factores causales, además de reparar el daño causado por las lesiones cariosas.¹ La caries dental ahora se ve como una infección en lugar de una lesión y su objetivo de tratamiento es reducir o eliminar los patógenos, esto puede verse como una desviación del modelo restaurativo tradicional.²

El modelo mínimamente invasivo sintetiza el conocimiento del proceso de la enfermedad en un modelo conceptual simple utilizando nuevas tecnologías, el modelo de atención mínimamente invasivo aborda la lesión cariosa temprana y las causas del proceso de la enfermedad.^{3,4} La odontología mínimamente invasiva (OMI) enfatiza las estrategias conservadoras de manejo de la caries que resultan en una menor destrucción de la estructura dental, una desviación de los principios restaurativos tradicionales de GV Black.^{5,6}

A diferencia de los métodos tradicionales, esta filosofía ha permitido el control de la caries dental a través de la prevención y conservación de la estructura dental a través de preparaciones conservadoras de cavidades, materiales adhesivos y toma de decisiones basada en evidencia. OMI incluye los siguientes principios: diagnóstico temprano de caries, evaluación de la actividad de la caries, clasificación de la profundidad, progresión de la caries mediante radiografías, evaluación del riesgo individual de caries (alto, moderado, bajo), detención de lesiones activas, remineralización y seguimiento de lesiones no cavitadas, colocación de restauraciones en dientes con lesiones cavitadas utilizando diseños de cavidad mínima y evaluación de los resultados del tratamiento de la enfermedad a intervalos preestablecidos.^{7,8}

La OMI se compone de diferentes tipos de técnicas que incluyen instrumentación manual, eliminación de caries quimio mecánica, abrasión por aire y preparación de cavidades con láser.⁷ La técnica de restauración

atraumática (TRA) llamada también teoría de Massler implica una técnica de instrumentación manual que se basa en eliminar la capa afectada y mantener la dentina desmineralizada para detener la progresión de la caries mientras se utiliza el potencial de curación del cemento de ionómero de vidrio (CIV) para remineralizar la dentina afectada.^{8,9,10}

OMI recomienda el uso de materiales dentales adhesivos asociados con preparaciones de cavidades conservadoras porque estos materiales no requieren retención mecánica; en cambio, se basan en el proceso adhesivo para adherirse a la estructura dental.^{15,16}

Odontología mínimamente invasiva para eliminación de caries dental

La clasificación tradicional G.V. Black de lesiones cariosas y cavidades a menudo se propone sobre la base del desarrollo relativamente tardío de las lesiones, y este método de clasificación tradicional está dirigido principalmente a los empastes de amalgama. Su connotación central es "expansión preventiva".¹⁴ Con el avance de la tecnología de preparación dental, la aplicación de materiales de relleno de resina y la aparición sucesiva de varios adhesivos, la fuerza adhesiva proporcionada por el adhesivo puede satisfacer completamente las necesidades de retención de los materiales de relleno de resina.^{15,16} Los requisitos de retención y resistencia se reducen relativamente, por lo tanto, continuar utilizando la clasificación G.V. Black tradicional y el concepto de "expansión profiláctica" para guiar la preparación de la cavidad ya no es adecuado para el tratamiento mínimamente invasivo actual destinado a "preservar el tejido dental sano y natural tanto como sea posible"^{17,18}

Actualmente, quizás el sistema visual de detección de caries más reconocido y utilizado internacionalmente, incluida la investigación clínica, es el Sistema Internacional de Evaluación y Detección de Caries (ICDAS). El objetivo principal de la metodología ICDAS es detectar y clasificar las pequeñas variaciones en los signos que se producen a nivel de los dientes a lo largo de la progresión de la enfermedad de caries. Además de la extensión de la enfermedad, también se debe tener en cuenta el estado de actividad de las lesiones, ya que se espera un comportamiento clínico diferente para 2

lesiones del mismo código ICDAS, pero con un estado de actividad diferente.^{19,20}

Manejo no invasivo de lesiones no cavitadas, el tratamiento de elección de las lesiones no cavitadas debe basarse en el diagnóstico de las lesiones, tanto en su extensión como en su estado de activo o inactivo, el riesgo de caries a nivel del paciente y la mejor evidencia disponible para apoyar la decisión del tratamiento.²¹ En el caso de lesiones activas no cavitadas (códigos ICDAS 1 y 2), es fundamental asegurarse de que cualquier tratamiento seleccionado detenga la progresión, evitando así la cavitación.²² Dado que estas lesiones mantienen la integridad de la superficie dental, al menos a nivel clínico, es posible inducir la remineralización para revertir el proceso. Aunque se centra en los selladores y la infiltración, este enfoque debe tomarse en el contexto de una exposición adecuada al flúor y asesoramiento dietético.²³

Junto con la fuerte evidencia sobre el uso de selladores para prevenir la caries dental en niños con diferentes niveles de riesgo, este simple procedimiento dental también es efectivo para detener la progresión de la lesión.²⁴ Los dientes tratados con selladores muestran una progresión anual promedio de lesiones no cavitadas, del 2,6 % en comparación con el 12,6 % de las lesiones no selladas.²⁵ Evidencia sólida indica que las lesiones de caries no progresan con selladores bien retenidos, en un paso adicional, un estudio reciente en una población con alto nivel de caries en los EE. UU. mostró que incluso las lesiones de caries sin cavitación franca (códigos ICDAS 1–4) mostró una tasa de progresión muy pequeña en un seguimiento de 44 meses.²⁶

Los selladores impiden la adquisición de nutrientes del entorno oral por bacterias invasoras, lo que da como resultado una reducción en el número y la viabilidad de los microorganismos, bajo el material a lo largo del tiempo, deteniendo así la lesión. En el caso de lesiones proximales no cavitadas, el uso de selladores de resina ha demostrado ser más eficaz para reducir la progresión que el uso de hilo dental. Recientemente, se ha desarrollado un nuevo sistema de infiltración de lesiones para sellar las lesiones proximales

de forma tridimensional utilizando una resina fotopolimerizable de baja viscosidad.^{27,28}

Un estudio clínico de lesiones interproximales no cavitadas que se extienden radiográficamente en la mitad interna del esmalte (E2) o en el tercio externo de la dentina (D1) mostró una tasa de progresión del 7% en las lesiones infiltradas frente al 37% en las lesiones no tratadas.²⁷ Otro ensayo clínico controlado aleatorizado mostró una tasa de progresión del 4% en lesiones infiltradas.^{28,29} El tratamiento de elección de las lesiones no cavitadas debe basarse en el diagnóstico de las lesiones, tanto en su extensión como en su estado de activo o inactivo, el riesgo de caries a nivel del paciente y la mejor evidencia disponible.³⁰

El efecto del tratamiento no invasivo se basa en un cambio lógico en el ambiente bucal que favorecerá la remineralización, con amplia evidencia disponible, el fluoruro es la medida preventiva de caries más efectiva. Los fluoruros tópicos en forma de pastas dentales, enjuagues bucales, geles y barnices son intervenciones efectivas para prevenir la caries dental en los niños y adolescentes. Aunque la mayor parte de la evidencia disponible proviene de productos a base de flúor, también se han propuesto otras sustancias como agentes remineralizantes, como el fosfato de calcio amorfo del fosfopéptido de caseína (CPP-ACP), pero la evidencia clínica aún es limitada y nos impide sacar conclusiones definitivas.^{31,32}

El manejo de las lesiones cariosas de dentina profunda impone varios desafíos para el clínico. Además de la complejidad técnica en la remoción de tejidos comprometidos en lesiones más extensas, estos procedimientos pueden resultar en exposición pulpar y pérdida de vitalidad, lo que implica la necesidad de tratamientos restauradores aún más complejos.³⁴ En un esfuerzo por preservar la estructura dental tanto como sea posible y prevenir el daño pulpar irreversible, se han propuesto técnicas conservadoras para la eliminación de la dentina cariada.³⁵

Las técnicas para la remoción de dentina cariada basadas en la filosofía OMI son similares en que son conservadoras y están dirigidas a remover sólo una porción de los tejidos comprometidos.³⁶ Existen varias técnicas para el

abordaje OMI para el tratamiento de caries de dentina profunda de tejido cariado, eliminación gradual o eliminación no selectiva de dentina dura, pero solo se discutirán las técnicas con un apoyo más amplio de evidencia externa; tratamiento restaurador atraumático (ART), eliminación gradual (SW) y eliminación selectiva de dentina blanda (también conocida como eliminación parcial de caries).^{32,33}

El tratamiento restaurador atraumático (TRA) es la técnica de tratamiento MI destinada a detener la progresión de la caries de lesiones cavitadas extensas a través de la eliminación parcial de los tejidos afectados con instrumentos manuales y su posterior restauración con cemento de ionómero de vidrio de alta viscosidad.³¹ Varios estudios con ART sugieren que esta terapia tiene una tasa de éxito comparable a la técnica tradicional de extracción completa y la posterior restauración con resina compuesta o amalgama. Un metaanálisis sobre la supervivencia de las restauraciones ART encontró tasas de supervivencia en una superficie y superficies múltiples en dientes primarios durante más de 2 años de 93% y 62%, respectivamente.^{32,33,34}

En dientes permanentes, las restauraciones ART en una superficie exhibieron una supervivencia a los 3 y 5 años de 85% y 80%, respectivamente, de manera similar, otra revisión sistemática mostró una supervivencia de las restauraciones TRA en una superficie del 95% y el 86% a 1 y 3 años, respectivamente, y del 72% a los 6 años después de la colocación.³⁶ La evidencia disponible sugiere que la TRA es un MI respaldado científicamente. Tratamiento, dado que esta técnica permite el tratamiento en entornos no clínicos a bajo costo, puede mejorar el acceso a la atención para la comunidad, especialmente en los países en desarrollo. Es importante destacar que las restauraciones ART en múltiples superficies parecen tener menos éxito y requerirían restauraciones más complejas para garantizar una mayor longevidad.³⁷

Además de la ART, se han ideado otras terapias OMI para la caries de dentina profunda, como el recubrimiento pulpar indirecto (IPC), la excavación en 2 etapas, la excavación o remoción y más recientemente, la técnica de remoción parcial de caries, o remoción selectiva a partes blandas para

reafirmar la dentina.^{33,34} La IPC es una forma de eliminación selectiva de caries que consiste en dejar una fina capa de tejido desmineralizado sobre la pulpa que se cubre con un forro protector. La restauración definitiva se realiza en la misma sesión.³⁵

El material utilizado para la protección pulpar no parece influir en el éxito del tratamiento, se informó la detección de lesiones en dientes primarios con una tasa de éxito del 78 % a los 4 años, sin diferencias entre un sistema adhesivo y el hidróxido de calcio utilizado como revestimientos.³⁵ La principal desventaja de la IPC es que involucra procedimientos que están bastante cerca de la pulpa, lo que aumenta las posibilidades de exposición de la pulpa.³⁶

Un enfoque menos invasivo para la eliminación de lesiones sin llegar a la proximidad de la pulpa es la técnica sándwich (SW), que implica la eliminación de lesiones en 2 etapas, el suelo de la cavidad pulpar de una lesión cariosa profunda, en un diente vital. Los dientes se restauran temporalmente por un período de hasta 12 meses, entonces es necesario volver a entrar para eliminar el tejido cariado hasta la dentina firme, seguido de una restauración final permanente.³⁷ Durante el sellado temporal, la dentina cariada blanda, que se dejó remanente intencionalmente, se vuelve más dura y seca, ambas características de las lesiones inactivas, exhibiendo un bajo nivel de infección bacteriana, el objetivo de este procedimiento es facilitar la reacción fisiológica del complejo pulpa-dentina, incluyendo la esclerosis dentinaria y la formación de dentina terciaria.³⁴

Por lo tanto, un proceso de 2 pasos garantiza la protección de la pulpa al minimizar el riesgo de exposición. Varios estudios han indicado que SW es un procedimiento altamente exitoso, un metaanálisis reciente ha revelado una reducción del 56% en la incidencia de exposición pulpar en la excavación SW en comparación con la eliminación completa de caries o la dentina dura no selectiva, ya que es el término acordado más recientemente.³⁶ Los principales problemas de la técnica SW son el riesgo de exposición pulpar durante la reentrada, el fracaso de la restauración temporal y el aumento de los costos derivados de las 2 sesiones que se requieren para completar el tratamiento. Además, se ha observado que una

de las causas de fracaso es que algunos pacientes no regresan para la restauración definitiva por la ausencia de síntomas.^{36,37}

Como una forma de mejorar la efectividad de las técnicas SW e IPC, se ha propuesto que se realice la eliminación selectiva del tejido cariado a dentina blanda en lesiones cavitadas profundas, con dientes vitales. Un artículo de consenso publicado recientemente ha nombrado este procedimiento como remoción selectiva a dentina blanda, anteriormente conocida como remoción parcial de caries. En esta estrategia, la restauración final debe realizarse durante la misma sesión, completando el procedimiento en una sola cita.^{32,33}

De hecho, se ha sugerido que no es necesario volver a entrar en la cavidad después de la eliminación parcial o selectiva en la técnica SW, en la técnica de eliminación selectiva de dentina blanda, es necesaria la eliminación selectiva para reafirmar la dentina de las paredes laterales de la lesión, eliminando suavemente y sin presión solo la parte más externa de dentina ablandada de la pared pulpar con instrumentación manual o rotatoria, y colocando la restauración final en la misma sesión.^{30,31}

Los dientes tratados con eliminación selectiva de dentina blanda mostraron que 12 de 13 dientes con lesiones permanecieron sin cambios durante 10 años. El análisis radiográfico mostró dentina terciaria en el 77% de los casos. Asimismo, otro estudio comprobó la detención de la eliminación selectiva de lesiones tratadas con dentina blanda mediante un seguimiento radiográfico con técnicas de imagen por sustracción. El número de microorganismos también se redujo después de sellar la cavidad, alcanzando niveles de recuperación similares a los encontrados en lesiones no selectivas a dentina dura o eliminación completa.^{32,33}

Teniendo en cuenta que la eliminación selectiva a la dentina blanda es aún más MI y conservadora que la IPC o SW, se esperaba que el riesgo de exposición pulpar fuera aún menor. Recientemente, un estudio clínico multicéntrico evaluó la eficacia de la eliminación selectiva de dentina blanda y la restauración en una sola sesión en comparación con SW para el tratamiento de lesiones de caries profundas. Los resultados mostraron una

tasa de éxito del 91 % con la eliminación selectiva de dentina blanda en comparación con un 69% para la técnica SW.^{34,35}

La evidencia acumulada de los ensayos clínicos confirma que este es un abordaje MI apropiado y útil para tratar lesiones en las proximidades de la pulpa (evidencia sólida), lo que reduce el riesgo de exposición y los síntomas posoperatorios en comparación con la dentina dura no selectiva o la eliminación completa. Además, esta técnica tiene un menor costo económico y un menor riesgo a largo plazo de complicaciones pulpares. La evidencia que respalda estos procedimientos de OMI aún es limitada. Por lo tanto, se necesita más investigación antes de poder sacar conclusiones más definitivas. De hecho, un metaanálisis publicado recientemente establece que la evidencia sigue siendo insuficiente para determinar qué técnica es más eficaz para el tratamiento de las lesiones profundas de la dentina y enfatiza la necesidad de más estudios para generar evidencia.³⁷

La técnica de Hall es una técnica relativamente nueva para colocar coronas de acero inoxidable y sellar biológicamente las lesiones cariosas en los molares temporales, lo que detiene o ralentiza la progresión de la caries para permitir que el diente temporal se exfolie antes de causar dolor.²² Durante la última década, surgió una gran cantidad de evidencia para respaldar la eficacia clínica y la rentabilidad de la técnica de Hall

1.4. Formulación del Problema.

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, 2021?

1.5. Justificación e importancia del estudio.

La investigación se justifica de manera metodológica pues se evidencia un cuestionario que medirá el conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, 2021. Además, se evidencia la importancia teórica de las técnicas

mínimamente invasivas para el tratamiento de lesiones cariosas ya que aquí ofrecen una alternativa atractiva para mejorar la cobertura de atención dental a nivel individual y comunitario.

Es importante remarcar que antes de tomar decisiones sobre las terapias para las lesiones, los odontólogos deben evaluar el riesgo de caries a nivel del paciente y también evaluar las lesiones.

Por tanto, la justificación social es dar a conocer e implementar medidas preventivas para controlar la aparición de nuevas lesiones en los tejidos no afectados. Después de tratar las lesiones actuales, se debe implementar un régimen de seguimiento permanente para reforzar la prevención y monitorear las lesiones a lo largo del tiempo. El uso de selladores como tratamiento OMI para lesiones activas no cavitadas está respaldado por una fuerte evidencia y, por lo tanto, es una estrategia razonable para el manejo de lesiones no cavitadas a un costo muy bajo. Los selladores y la infiltración parecen ser alternativas eficaces para el tratamiento de las lesiones cariosas activas interproximales.

1.6. Hipótesis.

El nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia será regular.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, 2021.

1.7.2. Objetivos Específicos.

- Identificar el nivel de conocimientos sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, según factores sociodemográficos.

- Identificar las actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, según factores sociodemográficos.
- Relacionar el nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

La investigación fue de tipo cuantitativa porque cuantificamos las dos variables mediante el análisis del cuestionario presencial. Asimismo, el diseño fue no experimental porque los investigadores no manipulan ninguna variable, también aplicamos descriptivo y correlacional con corte transversal ya que se basará en la observación y relación, en su contexto natural de las variables en un solo tiempo de estudio.

2.2 Variables, Operacionalización

Variables:

Conocimientos sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia.

Actitudes en odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia.

Operacionalización de variables

Variables	Dimensión	Definición Conceptual	ITEMS	Escala de Medición	Técnicas e instrumentos de recolección de datos
Conocimientos sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia.	Conocimiento	El conocimiento es la acción y efecto de conocer, adquirir información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón.	7.Existe una relación directa entre las lesiones cariosas y la ingesta de carbohidratos refinados.		Encuesta y Cuestionario
			Totalmente de acuerdo De acuerdo	1	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo. En desacuerdo Muy en desacuerdo	0	
			8.El fluoruro es un agente esencial en el proceso de remineralización dental.		
			Totalmente de acuerdo De acuerdo	a1	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo. En desacuerdo Muy en desacuerdo	0	
			9.Los selladores son poco efectivos en la prevención de caries en fosas y fisuras		
			Totalmente de acuerdo De acuerdo	1	

			Ni de acuerdo ni en desacuerdo. En desacuerdo Muy en desacuerdo	0	
			10.La microabrasión se usa solo para eliminar las decoloraciones de la superficie del esmalte		
			Totalmente de acuerdo De acuerdo	1	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo. En desacuerdo Muy en desacuerdo	0	
			11.La odontología preventiva es más importante para los niños que para los adultos.		
			Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	
			En desacuerdo Muy en desacuerdo	1	
			12.Las preparaciones de cavidad mínima y pequeña comprometen la retención de los materiales dentales.		
			Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	
			En desacuerdo Muy en desacuerdo	1	
			13.El tratamiento restaurador		

			atraumático se puede usar con niños con alto riesgo de caries y pacientes con caries rampante		
			Totalmente de acuerdo De acuerdo	1	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo. En desacuerdo Muy en desacuerdo	0	
Actitudes odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia	Actitud	Actitud del odontólogo frente a tratamientos de mínima intervención.	14.La evaluación de riesgo de caries debe llevarse a cabo con todos los pacientes		Encuesta y Cuestionario
			Totalmente de acuerdo De acuerdo	1	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo. En desacuerdo Muy en desacuerdo	0	
			15.Los hábitos alimentarios deben ser evaluados en todos los pacientes.		
			Totalmente de acuerdo De acuerdo	1	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo. En desacuerdo Muy en desacuerdo	0	
			16.Los odontólogos deben recomendar que los pacientes con alto riesgo de caries reciban asesoramiento sobre dietas		

			Totalmente de acuerdo De acuerdo	1	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo. En desacuerdo Muy en desacuerdo	0	
			17.Los odontólogos deben dar motivación y educación al paciente durante sus prácticas clínicas		
			Totalmente de acuerdo De acuerdo	1	
			Ni de acuerdo ni en desacuerdo. En desacuerdo Muy en desacuerdo	0	

Covariables	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de Medición	Instrumentos
Género	Unidimensional	Femenino	-	1	Encuesta y Cuestionario
		Masculino		2	
Años de ejercicio laboral	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> • 1-5 años • 6-10 años • 11-15 años • 16 años a más 	-	1 2 3 4	Encuesta y Cuestionario
Horas laborales diarios	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3 horas • 4-6 horas • 7-9 horas • 10 horas a más 	-	1 2 3 4	Encuesta y Cuestionario
Cantidad de pacientes atendidos diarios	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> • 1-10 pacientes • 11-20 pacientes • 20 a más pacientes 	-	1 2 3	Encuesta y Cuestionario

2.2. Población y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por 100 Odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia.

Muestra: Por motivos de pandemia se utilizó un **muestreo no probabilístico** por conveniencia, y en este se obtuvo la selección de 100 odontólogos quienes aceptaron ser parte del estudio.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Odontólogos que laboran solo en Chiclayo.
- Odontólogos que aceptaron el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Cuestionarios que no sean llenados completamente ni cumplan el tiempo indicado que son 15 minutos.

2.3. Técnica e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

La técnica para utilizar fue encuesta y como instrumento el cuestionario (Anexo 1) debemos mencionar que para empezar la recolección se solicitó la relación de los odontólogos colegiados en la Región de Lambayeque, pero por motivos de pandemia se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en la cual se seleccionó a 100 odontólogos de la ciudad de Chiclayo quienes aceptaron ser parte del estudio. (Anexo 2). Así mismo el consentimiento informado se firmó para verificar la aceptación de la participación en la investigación. (Anexo 3).

Para medir la validez de la encuesta estuvo validada por juicio de expertos, (Anexo 4) para la confiabilidad de la variable de conocimiento y actitudes, se utilizó un cuestionario, mediante la prueba de confiabilidad de alfa de crombach,³⁹ la cual se indicó para calcular la consistencia interna en escalas politómicas; teniendo como respuesta (a) Totalmente de acuerdo, (b) De acuerdo, (c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, (d) No estoy de acuerdo y (e) Totalmente en desacuerdo. En una escala la

consistencia interna se considera aceptable cuando se encuentra entre 0.75 y 0.90, lo que significa que podrá ser aplicado, en el estudio fue 0.718. (Anexo 5)

El cuestionario cuenta con un total de 19 ítems, de las cuales 14 son basadas en odontología mínimamente invasiva.

2.4. Procedimiento de análisis de datos

La información recolectada será tabulada en el programa estadístico IBM SPSS 22.0, para ello cuando ya se obtuvo todos los datos de los encuestados se pasó a realizar la asignación de códigos en el programa SPSS, lo cual servirá para identificar las respuestas de los encuestados, y luego se codificaron los datos mediante los siguientes valores : correcto (1) e incorrecta (0) ,según las respuestas, una vez listas las respuestas se procederá a realizar la tabulación y creación de gráficos en el programa estadístico IBM SPSS 22.0. Se usó de la estadística descriptiva en donde se estimó la mediana, moda, desviación estándar y se estableció relación entre variables con la prueba de coeficiente de Pearson. Por medio de las tablas obtenidas se realizó la interpretación.

2.5. Criterios éticos

Los principios éticos de Belmont tenemos el respeto a las personas, deben ser tratados como sujetos autónomos y aquellos con autonomía reducida tienen derecho a protección.^{40,41} Otros se involucran en actividades por su propia voluntad y no requieren más protección que reconocer las posibles consecuencias negativas.

Beneficencia, procurar el bienestar humano, esto se entiende como bondad y caridad por ello en la investigación se han desarrollado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia la primera no hacer daño y la segunda maximizar los beneficios minimizando los posibles daños.⁴⁰

Justicia, ocurre cuando no se niegan los derechos o se impone una responsabilidad indebida sin una buena razón. Entonces debemos respetar la verdad y dando a cada uno lo que le corresponde.⁴⁰

2.6. Criterio de Rigor científico

En el estudio se evidencio la credibilidad, utilizar argumentos confiables basados en aspectos: Respeto, beneficencia, justicia, experiencia de trabajo constante, gestión y desarrollo de la triangulación.²⁰

En cualquier caso, puede servir como referencia para brindar una transferencia de herramientas y pasos para la investigación de otras situaciones y / o situación. Dependencia, implica el nivel de consistencia o estabilidad de los resultados y hallazgos del estudio.²⁰

III. RESULTADOS

3.1. Tablas y figuras

Tabla 1. Nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, 2021.

VARIABLES	Alto		Medio		Bajo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CONOCIMIENTOS	69	69	25	25	6	6	100	100
ACTITUDES	60	60	28	28	12	12	100	100

Fuente: Extraída de SPSS

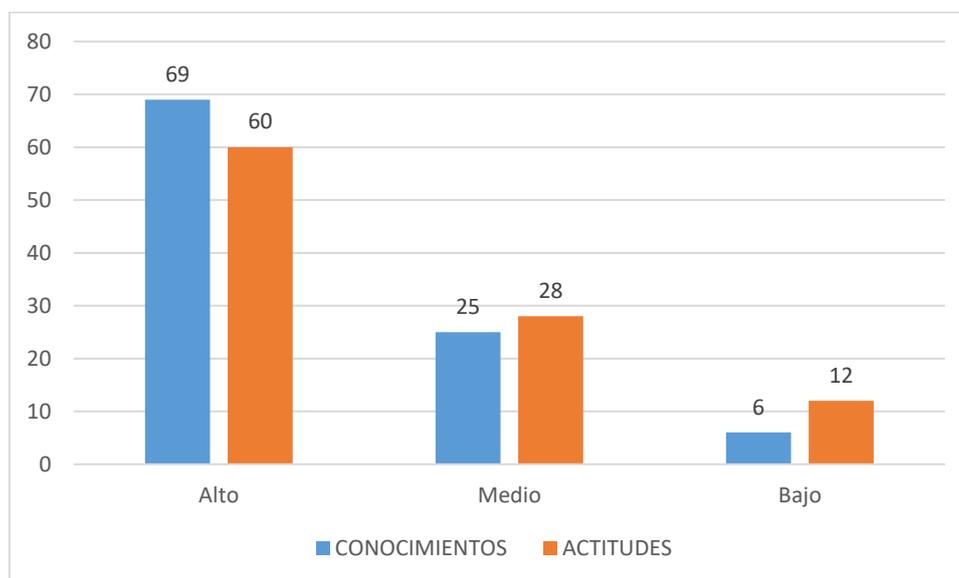


Figura 1.

En la tabla 1, el nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, 2021, fue mayor para el nivel alto en un 69% en conocimiento y 60% en actitudes.

Tabla 2. Identificar el nivel de conocimientos sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, según factores sociodemográficos.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS		Alto	Medio	Bajo	TOTAL
		%	%	%	%
Género	Masculino	25	11	3	39
	Femenino	44	14	3	61
Años de ejercicio laboral	1 - 5 años	30	14	3	47
	6 - 10 años	23	4	1	28
	11 - 15 años	6	2	1	9
	16 años a más	10	5	1	16
Horas laborales diarios	1 - 3 horas	8	2	1	11
	4 - 6 horas	20	10	2	32
	7 - 9 horas	33	12	2	47
	10 horas a más	8	1	1	10
Cantidad de pacientes atendidos diarios	1 - 10 personas	35	20	4	59
	11 - 20 personas	30	4	1	35
	20 a más personas	4	1	1	6

Fuente: Extraída de SPSS

En la tabla 2, identificamos que el nivel de conocimientos sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, según factores sociodemográficos; fue mayor para el género femenino con 44%, con respecto a los años de ejercicio laboral de 1 a 5 años con 30%; y con horas laborales diarias fue para 7 a 9 horas con 33% y por último cantidad de pacientes atendidos diarios fue de 1 a 10 personas con un 35%.

Tabla 3. Identificar las actitudes en odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, según factores sociodemográficos.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		Alto	Medio	Bajo	TOTAL
		%	%	%	%
Género	Masculino	20	10	9	39
	Femenino	40	18	3	61
Años de ejercicio laboral	1 - 5 años	29	15	3	47
	6 - 10 años	24	3	1	28
	11 - 15 años	5	3	1	9
	16 años a más	9	6	1	16
Horas laborales diarios	1 - 3 horas	9	1	1	11
	4 - 6 horas	21	9	2	32
	7 - 9 horas	32	13	2	47
	10 horas a más	8	1	1	10
Cantidad de pacientes atendidos diarios	1 - 10 personas	36	19	4	59
	11 - 20 personas	29	5	1	35
	20 a más personas	4	1	1	6

Fuente: Extraída de SPSS

En la tabla 3, identificamos las actitudes en odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, según factores sociodemográficos; fue mayor para el género femenino con 40%, con respecto a los años de ejercicio laboral de 1 a 5 años con 29%; y con horas laborales diarias fue para 7 a 9 horas con 32% y por último Cantidad de pacientes atendidos diarios fue de 1 a 10 personas con un 36%.

Tabla 4. Relacionar el nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia.

Variables		Patrones de alimentación	Caries dental	
Rho de Spearman	Patrones de alimentación	Coeficiente de correlación	1,000	0,814
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	100	100
	Caries dental	Coeficiente de correlación	0,814	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	100	100

Fuente: Extraída de SPSS

Los resultados obtenidos aplicando el coeficiente de Pearson, demuestran que los conocimientos y las actitudes tienen una relación significativa en el nivel 0,01. En consecuencia, la hipótesis planteada H_1 si existe relación entre los conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos en tiempos de pandemia, queda debidamente contrastada y confirmada.

3.2. Discusión de resultados

Un enfoque de odontología mínimamente invasiva para el manejo de lesiones cariosas ha mostrado un resultado exitoso durante la última década.¹⁴ Este concepto moderno se basa en la evaluación de las lesiones de caries, la prevención y el control de otras enfermedades y la preparación conservadora de la cavidad utilizando un material de restauración biocompatible.¹⁵ Preservar y mantener la estructura dental mineralizable es un motor impulsado por OMI, la aplicación de estos conceptos a veces refleja lo que los dentistas han aprendido durante sus estudios universitarios. En el presente estudio, se determinó el nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, la cual fue mayor para el nivel alto en un 69% en conocimiento y 60% en actitudes, demostrando que los odontólogos tienen un alto nivel de conocimientos en su rama y esto hace que realicen de manera eficiente sus labores. Este resultado tiene similitud con el trabajo de la investigación de Viswapurna T, et al.⁷ y Fernández MA¹⁰ cuya conclusión fue un conocimiento y actitud buena con un 43%; al igual que Sri Sakthi DD, et al.² indicando que el 44,4% tenía buenos conocimientos y el 37,9% buenas actitudes hacia la OMI. Esto quizás se pueda argumentar ya que los participantes recibieron capacitación y conferencias sobre OMI en cursos de odontología, principalmente en cursos de odontología de restauración y odontopediatría ya que existe mayor popularidad en estos enfoques en el entorno clínico que refleja la confianza en su eficacia o seguridad entre los educadores dentales. Así mismo difiere Fernández MA¹⁰, Moradi S, et al.¹, Vinay V,⁹ Suma G, et al.⁴ indicando un nivel bajo tanto para conocimiento y actitudes, cuyas puntuaciones medias de conocimiento, actitud fueron $3,57 \pm 0,685$ malo; $18,84 \pm 2,21$ bueno. Esto quizás se deba a la diferencia de población indicando que obtuvieron más de 100 odontólogos, además por incorporar nuevos enfoques y materiales en la enseñanza clínica de estas intervenciones está influenciada por factores externos como la aceptación de los métodos nuevos para los profesionales, la disponibilidad de materiales en el mercado y la competencia clínica del educador.

Con respecto al nivel de conocimientos odontología mínimamente invasiva en odontólogos en tiempos de pandemia, según factores sociodemográficos; fue mayor para el género femenino con 44%. Los hallazgos se contrastan con Viswapurna T, et al⁷ que indica que el 72,7% de los encuestados eran mujeres, así mismo Mian RI⁸ refiere que el género, año de estudio y ciudad mostraron diferencia significativa en el conocimiento y actitudes de un 35%. Esto quizás a que el porcentaje de las mujeres reciben enseñanzas y capacitaciones de programas actualizados y basados en evidencia para preparar mejor en sus carreras de odontología. La cual difiere con Sri Sakthi DD, et al² indicando que los cirujanos generales con respecto al género no parecieron afectar el conocimiento que se poseía sobre OMI. Esto quizás fue por la metodología ya que emplearon un cuestionario que contenía tres componentes, el primer componente fue el conocimiento sobre OMI, que fue cerrado con 20 preguntas acá existe una diferencia con el estudio y, según la cantidad de respuestas correctas, se agruparon en buenas, regulares y malas. El segundo componente del cuestionario fue la actitud, se obtuvo un tipo de respuesta de escala Likert de todos, donde se dio una afirmación y las respuestas van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, este segundo componente es similar al instrumento de la investigación. El último fue sobre sus prácticas actuales con respecto a OMI, la cual el estudio no plasma ese componente.

Con respecto a los años de ejercicio laboral de 1 a 5 años con 29%; y con horas laborales diarias fue para 7 a 9 horas con 32% y por último Cantidad de pacientes atendidos diarios fue de 1 a 10 personas con un 36% obtuvieron niveles regulares. Este hallazgo es similar a Sri Sakthi DD, et al² indicando que los cirujanos generales que tenían de 5 a 10 años de experiencia. Esto quizás se deba a la experiencia dentro de la práctica pareció aumentar la conciencia sobre OMI. En la investigación, demuestra que existe un cambio de paradigma hacia el manejo de caries basado en OMI. Asimismo, otro índice al que se deba a que solo el 55% de ellos recibieron educación sobre OMI en su plan de estudios durante la Universidad, entre ellos, el 61,1% había completado su conocimiento al salir del pregrado a través de programas avanzados de educación dental continua.

Los recién graduados parecen haber entendido la eficacia de OMI menos que los profesionales experimentados. Aunque aquí es evidente que OMI se está enseñando a nivel de pregrado, se necesitan programas de enseñanza actualizados y basados en evidencia para preparar mejor a los estudiantes para sus carreras de odontología.

Con respecto a las actitudes en odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, según factores sociodemográficos; fue mayor para el género femenino con 40%, con respecto a los años de ejercicio laboral de 1 a 5 años con 29%; y con horas laborales diarias fue para 7 a 9 horas con 32% y por último Cantidad de pacientes atendidos diarios fue de 1 a 10 personas con un 36%. Se contrasta con Vinay V,⁹ quien indica que puntuaciones medias de conocimiento (4,19+1,2), actitud (6,60+2,02), práctica (22,59+3,83) y comportamiento de decisión clínica (2,88+1,21) mostraron que estos internos tenían un conocimiento adecuado y una actitud positiva hacia la OMI en el sexo femenino con mayor porcentaje. Sin embargo, difiere con Rayapudi J, et al³ Casi el 81% indicó que estuvo de acuerdo en que la CRA debería realizarse para todos los pacientes. Más del 70% desconocía los métodos más nuevos de detección de caries en el sexo masculino y los que tienen mayor tiempo de trabajo. Esto quizás se deba al enfoque principal que realizan los odontólogos pediátricos especializados ya que siguen siendo en gran medida los únicos proveedores de atención odontológica para niños. Entonces educar a los proveedores dentales para que utilicen métodos menos invasivos para el manejo de la caries dental sería lo ideal.

Con respecto al objetivo de que, si existe una relación significativa entre los conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos, con una correlación de Pearson del 0,814 aceptando la hipótesis nula. Este resultado tiene similitud con el trabajo de la investigación de Tapia (2019) concluyendo que para que se siga relacionando los conocimientos con las actitudes de los odontólogos se debe realizar cursos, conferencias, demostraciones y práctica clínica ya que para ellos fueron los métodos a través de los cuales los odontólogos de Pichincha aprendieron acerca de la odontología mínimamente invasiva.

El estudio tiene fortalezas como la participación de directores de programas de facultades de odontología la cual se encuestaron, así como la excelente tasa de respuesta del 100% en nuestra encuesta. Otro punto a favor fue que el estudio tuvo asesoramiento de varios líderes dentales como odontopediatras que anteriormente habían ocupado cargos en asociaciones dentales locales.

La limitación del estudio fue la imposibilidad de incluir a todos los odontólogos tanto del sector públicos y privado debido a la pandemia, así indicar que sería indispensable en todo el país para tener una diversa difusión de datos, lo que habría dado una mayor perspectiva sobre el resultado del estudio.

En segundo lugar, la técnica de muestreo es no probabilística que tiene parcialidad hacia la selección de los encuestados, así que la posibilidad del diseño del estudio y de los datos fueron recogidos a través de las medidas auto informadas que posiblemente pueda evidenciar sesgo e inflar las puntuaciones debido principalmente a la falta de exposición de las respuestas. Así mismo el estudio longitudinal planificado y realizado para dar mejores perspectivas.

IV. CONCLUSIONES

4.1 Conclusiones

- El nivel de conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia fue mayor para el nivel alto.
- El nivel de conocimientos sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia según los factores sociodemográficos nos muestra que este estudio en su mayor porcentaje fue por mujeres, así también contaba con una experiencia laboral de 1-5 años, la jornada laboral que más sobresale en los odontólogos de Chiclayo es 7-9 horas. Por último, en este estudio indicó atender diario es de 1- 10 personas.

- Las actitudes en odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, según factores sociodemográficos; fue mayor para el género femenino, con respecto a los años de ejercicio laboral de 1 a 5 años; y con horas laborales diarias fue para 7 a 9 horas y por último Cantidad de pacientes atendidos diarios fue de 1 a 10 personas.
- Existe una relación significativa entre la variable conocimiento y la variable actitud sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos de Chiclayo en tiempo de pandemia, 2021.

4.2 Recomendaciones

- Realizar estudios que permitan encuestar a la mayor población de cirujanos dentistas para extrapolar la investigación.
- Así mismo se debe garantizar mediante programas educativos a los estudiantes de pregrados y posgrados los nuevos métodos y con ello dejar los enfoques tradicionales, así mismo en las escuelas los docentes utilicen la terminología que coincida con los libros de texto de odontología pediátrica modernos que se enseñan en las escuelas peruanas.
- Se debe hacer empleo de la bioseguridad y protección, además de ello, optar por tratamientos mínimamente invasivos, para así evitar posibles contagios.
- Brindar capacitaciones a los cirujanos dentistas en odontología mínimamente invasiva

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Moradi S, Sabbagh S, Timms L, Ravaghi V. Teaching of minimally invasive interventions in pediatric dentistry: a cross-sectional survey of dental schools in Iran. *BMC Oral Health* [Internet]. 2021;21(1):368. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-021-01735-5> .
2. Sri Sakthi DD. Knowledge, attitude and practice regarding minimal invasive dentistry among general dental practitioners in Tamil Nadu. *J contemp issues bus gov* [Internet]. 2021;27(02). Available from: https://www.cibgp.com/article_8161_085be1b1672b4e9a7d9c9b8d46fd350b.pdf
3. Rayapudi J, Usha C. Knowledge, attitude and skills of dental practitioners of Puducherry on minimally invasive dentistry concepts: A questionnaire survey. *J Conserv Dent*. 2018;21(3):257-262. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29899626/>
4. Suma G, Salman Y. Knowledge, attitude, behavior, and practice toward Minimal Intervention Dentistry among Dental Professionals in Bengaluru City, India. *J Health Sci Res* [Internet]. 2017 [cited 2022 Oct 6];8(1):20–4. Available from: <https://www.johsr.com/abstractArticleContentBrowse/JOHSR/35/8/1/4070/abstractArticle/Article>
5. Shah AH, Sheddi FM, Alharqan MS, et al. Knowledge and Attitude among General Dental Practitioners towards Minimally Invasive Dentistry in Riyadh and AlKharj. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(7): ZC90-ZC94. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5020192/>
6. Uribe SE, Innes N, Maldupa I. The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. *Int J Paediatr Dent*. 2021;31(6):817-830. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33735529/>
7. Viswapurna T, Aljadidi L, Viswapurna PS, Zeinalddin M. Evaluation of knowledge and attitude of practising dentists in Oman towards minimal intervention (MI) management of dental caries -A national survey research

- article [Internet]. Actascientific.com. 2021 [cited 2022 Oct 6]. Available from: <https://actascientific.com/ASDS/pdf/ASDS-05-1152.pdf>
8. Mian RI. Knowledge, Attitude and Practice of Minimally Invasive Dentistry Among Dental Graduates: A Cross-Sectional Survey from Saudi Arabia. *Int J Pharm.* 2020;192–8. <https://www.researchgate.net/publication/345143242>
 9. Vinay V. Knowledge, attitude, practice and clinical behaviour towards minimally Invasive Dentistry among dental interns in Pune city: A cross-sectional study. *Int J Recent Sci Res* [Internet]. 2018; Available from: <https://recentscientific.com/sites/default/files/10608-A-2018.pdf>
 10. Fernández M, Maribel A. Conocimiento sobre odontología mínimamente invasiva en cirujanos dentistas: Revisión sistemática. Universidad César Vallejo; 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/82704>
 11. Gobierno del Perú. Población peruana alcanzó los 33 millones 396 mil personas en el año 2022 [Internet]. 2022 [citado 31 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/630584-poblacion-peruana-alcanzo-los-33-millones-396-mil-personas-en-el-ano-2022>
 12. Ministerio de salud (Minsa): 85% de niños menores de 11 años tiene caries dental por inadecuada higiene bucal en el 2017 [Internet]. Gob.pe. [cited 2022 Oct 6]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13055-minsa-85-de-ninos-menores-de-11-anos-tiene-caries-dental-por-inadecuada-higiene-bucal>
 13. Pearce T, Maple M, Shakeshaft A, Wayland S, McKay K. What is the co-creation of new knowledge? A content analysis and proposed definition for health interventions. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(7):2229. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17072229>
 14. Brügger A, Höchli B. The role of attitude strength in behavioral spillover: Attitude matters-but not necessarily as a moderator. *Front Psychol* [Internet]. 2019; 10:1018. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01018>

15. Innes NP, Clarkson JE, Douglas GVA, Ryan V, Wilson N, Homer T, et al. Child caries management: A randomized controlled trial in dental practice. *J Dent Res* [Internet]. 2020;99(1):36–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0022034519888882>
16. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud bucodental en países bajos: Prevención y control de las enfermedades bucodentales y noma como parte de las intervenciones esenciales contra las enfermedades no transmisibles 2016. https://www.who.int/oral_health/publications/promoting-oral-health-africa/en/.
17. Seifo N, Cassie H, Radford JR, Innes NPT. Silver diamine fluoride for managing carious lesions: an umbrella review. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):145.
18. Wang X-J. Application of minimally invasive cosmetic dentistry in the clinics of pediatric dentistry. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi* [Internet]. 2018;36(4):349–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.7518/hxkq.2018.04.001>
19. Ghasemianpour M, Bakhshandeh S, Shirvani A, Emadi N, Samadzadeh H, Moosavi Fatemi N, et al. Dental caries experience and socio-economic status among Iranian children: a multilevel analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2019;19(1):1569. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7693-1>
20. Portocarrero Juan. Odontología mínimamente invasiva: Una medida para controlar y evitar la diseminación de la COVID-19. *Odontología Vital* [Internet]. junio de 2021 [citado el 16 de septiembre de 2022]; (34): 5-6. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752021000100005&lng=en
21. Tapia A. Conocimiento, actitudes y habilidades de odontólogos de Pichincha sobre conceptos de odontología mínimamente invasivos 2018-2019. Tesis de investigación de campo. Quito-Ecuador. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR CARRERA DE ODONTOLOGÍA. 2019.

- [Citado 20 de mayo del 2021] URL: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19498>.
22. Rayapudi J, Usha C. Conocimiento, actitud y habilidades de los odontólogos de Puducherry sobre conceptos de odontología mínimamente invasiva: una encuesta por cuestionario. *J Conserv Dent*. 2018 mayo-junio; 21 (3): 257-262. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5977772>
23. Torres PJ, Phan HT, Bojorquez AK, Garcia-Godoy F, Pinzon LM. Minimally Invasive Techniques Used for Caries Management in Dentistry. A Review. *J Clin Pediatr Dent*. 2021;45(4):224-232.
24. Chalan MA, Malca K. Tratamientos De La Caries Dental Basados En Odontología Mínimamente Invasiva En Tiempos De Covid-19. Informe de Investigación. Cajamarca, Perú. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. 2021. [Citado 10 de diciembre del 2021] Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1562>
25. Basso ML. Conceptos actualizados en Cariología. *Rev Asoc Odontol Argent* 2019; 107:25-32. [Citado 10 de octubre del 2021] Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998725/5-conceptos-actualizados-en-cariologia.pdf>
26. Ariño. P. Tratamiento biológico de la caries: odontología mínimamente invasiva o de mínima intervención. *GD Ciencia*. 2014. [Citado 07 de junio del 2021] Disponible en: http://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/2014/10/263_CIENCIA_TratamientoBiologicoCaries.pdf?download=176c5b56884cd6d0645da6938ded076b
27. Shabbir J, Zehra T, Najmi N, et al. Access Cavity Preparations: Classification and Literature Review of Traditional and Minimally Invasive Endodontic Access Cavity Designs. *J Endod*. 2021;47(8):1229-1244. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34058252/>
28. Ballester B, Giraud T, Ahmed HMA, Nabhan MS, Bukiet F, Guivarc'h M. Current strategies for conservative endodontic access cavity preparation techniques-systematic review, meta-analysis, and decision-making protocol. *Clin Oral Investig*. 2021;25(11):6027-6044.

29. Rangel V, Marilyn E. Eficacia del tratamiento restaurador atraumático en molares temporarios. ODOUS CIENTIFICA Vol. 15 No. 1, enero - junio 2014. [Citado 07 de junio del 2021] Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol15-n1/art03.pdf>
30. Geštakovski D. The injectable composite resin technique: minimally invasive reconstruction of esthetics and function. Clinical case report with 2-year follow-up. Quintessence Int [Internet]. 2019;50(9):712–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.3290/j.qi.a43089>
31. Cagetti MG, Angelino E. Could SARS-CoV-2 burst the use of Non-Invasive and Minimally Invasive treatments in paediatric dentistry?. Int J Paediatr Dent. 2021;31(1):27-30.
32. Salmerón EN. Liberación de iones flúor en materiales dentales. [Tesis Doctoral]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2016. [Citado 13 de junio del 2021] Recuperado a partir de: <https://core.ac.uk/reader/80533680>
33. Álvarez, NM, Mandri MN, Zamudio ME. Microabrasión de esmalte dentario en odontología restauradora. RAAO - Vol. LIV - Núm. 2 – 2015. [Citado 20 de junio del 2021] Disponible en: <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/liv02/articulo2.pdf>
34. Como Prevenir el Coronavirus [Internet]. Gop.pe Plataforma Digital Única del Estado. 2020 [citado 10 diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/8663-ministerio-de-salud-como-prevenir-el-coronavirus>
35. Jep. How pediatric dentistry is evolving [Internet]. Smile Street. 2019 [cited 2022 Sep 16]. Available from: <https://www.smilestreetdentistry.com/minimal-invasive-surgery-emerging/>
36. Toupenay S, Fournier BP, Manière MC, Ifi-Naulin C, Berdal A, de La Dure-Molla M. Amelogenesis imperfecta: therapeutic strategy from primary to permanent dentition across case reports. BMC Oral Health. 2018;18(1):108.
37. Luke AM, Mathew S, Altawash MM, Madan BM. Lasers: A Review With Their Applications in Oral Medicine. J Lasers Med Sci. 2019;10(4):324-329.

38. Alkhalaf R, Neves AA, Banerjee A, Hosey MT. Minimally invasive judgement calls: managing compromised first permanent molars in children. *Br Dent J.* 2020;229(7):459-465.
39. Durán F., Abad G. Aplicación del coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson en una escala para la revisión y prevención de los efectos de las rutinas. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, [Internet]. 2021. [Citado el 13 de junio del 2021];8(15):51-55. Disponible en:
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/6693>
40. Osorio JG. Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. *MEDICINA* [Internet]. 2000; 60:255-258. [Consultado: 08 de 06 del 2021]. Disponible en:
<http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/2/principioseticos.htm>
41. Suarez ME. El saber pedagógico de los profesores de la universidad de los andes táchira y sus implicaciones en la enseñanza. Universidad Rovira I Virgilio. Tarragona – Cataluña - España. 2006. [Consultado: 08 de 06 del 2021]. Disponible en: <https://www.academia.edu/26817565/>

ANEXOS

ANEXO 01:

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ODONTOLOGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

1. ¿Años de experiencia en la Profesión?
 - a) 1-5 años
 - b) 6-10 años
 - c) 11-15 años
 - d) 16 años a más
2. ¿Cuántas horas de práctica haces en tu clínica al día?
 - a) 1-3 horas
 - b) 4-6 horas
 - c) 7-9 horas
 - d) 10 horas a más
3. ¿Cuántos pacientes acuden a su clínica dental al día?
 - a) 1-10
 - b) 11-20
 - c) 20 a más
4. ¿Cuánto ha escuchado acerca de la "Odontología mínimamente invasiva"?
 - b) Mucho
 - c) Poco
 - d) Nada
5. ¿Cuánto sabe sobre el tratamiento restaurador atraumático (ART)?
 - a) Mucho
 - b) Poco
 - c) Nada
6. ¿Cuánto sabe acerca de la odontología de mínima intervención (MID)?
 - a) Mucho
 - b) Poco
 - c) Nada
7. Existe una relación directa entre las lesiones cariosas y la ingesta de carbohidratos refinados
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) No estoy de acuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
8. El fluoruro es un agente esencial en el proceso de remineralización dental.
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo

- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) No estoy de acuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
9. Los selladores son poco efectivos en la prevención de caries en fosas y fisuras
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) No estoy de acuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
10. ¿La microabrasión se usa solo para eliminar las decoloraciones de la superficie del esmalte?
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) No estoy de acuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
11. La odontología preventiva es más importante para los niños que para los adultos
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) No estoy de acuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
12. Las preparaciones de cavidad mínima y pequeña comprometen la retención de los materiales dentales.
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) No estoy de acuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
13. El tratamiento restaurador atraumático se puede usar con niños con alto riesgo de caries y pacientes con caries rampante
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) No estoy de acuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
14. La evaluación de riesgo de caries debe llevarse a cabo con todos los pacientes
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) No estoy de acuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
15. Los hábitos alimentarios deben ser evaluados en todos los pacientes.
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) No estoy de acuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

16. Los odontólogos deben recomendar que los pacientes con alto riesgo de caries reciban asesoramiento sobre dietas
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) No estoy de acuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
17. Los odontólogos deben dar motivación y educación al paciente durante sus prácticas clínicas
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) No estoy de acuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo

ANEXO 02:



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

Pimentel, 26 de julio del 2021

Sr.
EVID MANZUR GUEVARA
Decana
COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ
Ciudad.

Asunto: Presento a la(s) Srta.(s) AGAPITO RAMOS IVY DARIANNA y SAAVEDRA GARCÍA JOSARI JAMIL estudiante de Estomatología para elaborar el desarrollo de su Tesis denominada: **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ODONTOLOGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN ODONTÓLOGOS EN TIEMPO DE PANDEMIA, LAMBAYEQUE 2021**

Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo, a nombre de la Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud y a la vez presentar al estudiante **AGAPITO RAMOS IVY DARIANNA** con DNI: 72481805 Código universitario: 2161800776, y **SAAVEDRA GARCÍA JOSARI JAMIL** con DNI: 73635412 Código universitario: 2161803001, del IX ciclo quien se encuentra apto para ejecutar su Tesis denominada: **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ODONTOLOGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN ODONTÓLOGOS EN TIEMPO DE PANDEMIA, LAMBAYEQUE 2021**.

Esta actividad académica esta consignada en el plan de estudios y tiene la finalidad de que el estudiante corrobore los conocimientos adquiridos a la fecha, en escenarios del entorno laboral relacionado con su especialidad. Para ello, solicitamos su autorización, a fin de que se le brinde las facilidades necesarias dentro de su institución y en coordinación con su persona para la ejecución del proyecto en mención por un tiempo aproximado de 10 meses.

En espera de su atención a la presente, aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y estima personal.

Cordialmente,

Paola La Sema Solari
Directora (e) Escuela de Estomatología

ADMISIÓN E INFORMES

074 481610 - 074 481632

CAMPUS USS

Km. 5, carretera a Pimentel

Chiclayo, Perú

www.uss.edu.pe

A
V



Colegio odontológico del Perú

REGIÓN LAMBAYEQUE

Ley N° 15251 – Ley de Creación del Colegio Odontológico del Perú y sus modificatorias.

“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”

Chiclayo, 29 de setiembre 2021.

CARTA N°20- COP.REG.LAMB.2018 - 2021

**SEÑORITA
DARIANNA AGAPITO RAMOS
CIUDAD**

Estimada señorita:

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlos cordialmente a nombre del Consejo Administrativo Regional del Colegio Odontológico del Perú - Región Lambayeque y, asimismo hacerle llegar mediante correo electrónico, la información solicitada en relación a la base de datos de los cirujanos dentistas que se encuentran colegiados en nuestra región, información que se remite para la ejecución de su tesis indicada en su solicitud.

Agradezco anticipadamente su amable atención, sean estas líneas portadoras de mi especial reconocimiento y estima Institucional.

Atentamente,



**Mg. C.D. EVID MANZUR GUEVARA
DECANA REGIONAL**

C.c. Archivo
Folios N°01
EMG/znc

Directivos Electos – Gestión 2018 -2021

Mg. C.D. Evid Manzur Guevara - Decana
C.D. Felix W. Aviles Zavaleta – Vice-Decano
C.D. Dolores Chamba Lujan – Directora General
C.D. Sonia Vásquez Ochoa – Directora de Economía
C.D. Yesenia Milagros Davila Guevara - Directora de Planificación
C.D. Gil José Rodríguez Chonta – Director de Administración
C.D. Jorge Jhonhenry Gastelo Calderon – Director de Logística

Sede Institucional

Ellas Aguirre N° 748 Of. 304 Chiclayo
074/ 226207 -206454 /979546773
cop.regionlambayeque7@gmail.com
www.coplambayeque.org.pe

ANEXO 04:
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Señor De Sipán.

Investigadores: Agapito Ramos Ivy Darianna.
Saavedra García Josari Jamil.

Título del proyecto: “Conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos en tiempo de pandemia, Lambayeque 2021”

Propósito del Estudio: Estamos invitando a usted a participar del estudio llamado: “Conocimientos y actitudes sobre odontología mínimamente invasiva en odontólogos en tiempo de pandemia, Lambayeque 2021”

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que a pesar de haber aceptado participar, puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una virtual de este consentimiento.

Haga clic aquí para escribir texto.
texto.

Haga clic aquí para escribir

PARTICIPANTE

FECHA

Nombre:Haga clic aquí para escribir texto.

DNI:Haga clic aquí para escribir texto.

ANEXO 04:
VALORACIÓN DE EXPERTOS

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

- CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE TRATAMIENTOS DE MÍNIMA INTERVENCIÓN

OBJETIVO: Relacionar los conocimientos y actitudes sobre tratamientos odontológicos de mínima intervención en odontólogos y estudiantes en tiempos de pandemia.

DIRIGIDO A: Odontólogos.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Cachay Chonlón Lillien Sheyla Igonne

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Maestra en Estomatología

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponda)

<input checked="" type="checkbox"/> Muy Alto	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Muy Bajo
--	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------


CACHAY CHONLÓN LILLEN SHEYLA IGONNE
C.O.R. 1924

FIRMA DEL EVALUADOR

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

- CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE MÍNIMA INTERVENCIÓN

OBJETIVO: Relacionar los conocimientos y actitudes sobre tratamientos odontológicos de mínima intervención en odontólogos en tiempos de pandemia.

DIRIGIDO A: Odontólogos.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

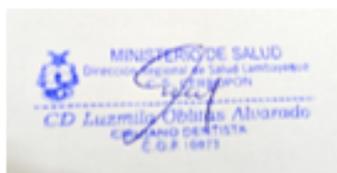
OBLITAS ALVARADO LUZMILA

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

MAESTRA EN ESTOMATOLOGÍA

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponda)

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	------	-------	------	----------



FIRMA DEL EVALUADOR

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

- CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE MÍNIMA INTERVENCIÓN

OBJETIVO: Relacionar los conocimientos y actitudes sobre tratamientos odontológicos de mínima intervención en odontólogos en tiempos de pandemia.

DIRIGIDO A: Odontólogos.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

MONICA LUCIA RAMIREZ ESPINOZA

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

MAESTRA EN ESTOMATOLOGÍA

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponda)

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	------	-------	------	----------



FIRMA DEL EVALUADOR

Activar Windows
Ve a Configuración para ac

ANEXO 05:

PRUEBAS DE CONFIABILIDAD

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
Total		20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cron		
Bach	N de elementos	
,718	20	

Estadísticas de elemento			
	Media	Desv. Desviación	N
ITEM 1	1,60	,503	20
ITEM 2	1,30	,470	20
ITEM 3	1,70	,470	20
ITEM 4	3,15	,745	20
ITEM 5	3,30	,865	20
ITEM 6	,85	1,089	20
ITEM 7	2,25	1,251	20
ITEM 8	2,25	1,446	20
ITEM 9	2,05	1,146	20
ITEM 10	2,40	1,188	20
ITEM 11	3,55	,510	20
ITEM 13	3,55	,510	20
ITEM 14	3,60	,503	20
ITEM 15	3,75	,444	20
ITEM 16	3,55	,510	20
ITEM 17	3,55	,510	20

ITEM 18	3,60	,503	20
ITEM 19	3,75	,444	20
ITEM 20	3,75	,444	20

Fotos de la recolección de datos



Figura 1. Firma del consentimiento informado



Figura 2. Explicación de la encuesta



Figura 3. Llenado del cuestionario



Figura 4. Firma del consentimiento informado



Figura 4. Explicación del cuestionario por el investigador