



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
LAS RECESIONES GINGIVALES DE
LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD DE LA FACULTAD DE
ESTOMATOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO
HEREDIA”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN ESTOMATOLOGÍA

NATALIE NICOLE CHINININ VELIZ

LIMA – PERÚ

2024

ASESOR

Mg. Esp. Natali Chávez Vereau

CO ASESOR

Mg. Esp. Carmen Rosa García Rupaya

JURADO DE TESIS

MG. Alexis Evangelista Alva

PRESIDENTE

MG. Tania Ariza Fritas

VOCAL

MG. Patricia Consuelo Horna Valle

SECRETARIA

DEDICATORIA.

A mi madre que me enseñó la perseverancia.

A mi padre, por su constante apoyo.

A mi novio, por su constante motivación.

AGRADECIMIENTOS.

A mis asesoras por su apoyo.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

NATALIE NICOLE CHINININ VELIZ

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS RECESIONES GINGIVALES DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDA ESPECIALI...

SOLICITUD DE REPOSITORIO INSTITUCIONAL

MAESTRÍAS

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trncoid::13110334171

Fecha de entrega

10 dic 2024, 2:29 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

10 dic 2024, 2:38 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

INFORME_FINAL_DE_GRADO_NATALIE-CHINININ-VELIZ-210084.docx

Tamaño de archivo

5.6 MB

79 Páginas

13,071 Palabras

72,116 Caracteres



Página 2 of 80 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trncoid::13110334171

15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 5 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas

Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

- **Texto oculto**
1 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan distinguir entre una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarla.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y lo revise.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN
ABSTRACT

I.	INTRODUCCION	1
II.	OBJETIVOS	5
	2.1 Objetivo principal.....	5
	2.2 Objetivo específico	5
III.	MARCO TEÓRICO	6
IV.	METODOLOGÍA.....	16
	IV.1 Diseño del estudio	16
	IV.2 Población	16
	IV.4 Criterios de selección.....	18
	IV.5 Definición Operacional de Variable.....	19
	IV.6 Procedimientos y técnicas	20
	IV.7 Consideraciones éticas	24
	IV.8 Plan de análisis	25
V.	RESULTADOS	26
VI.	DISCUSIÓN	32
VII.	CONCLUSIONES	40
VIII.	RECOMENDACIONES	41
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
X.	ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	28
TABLA 2	DESCRIPCIÓN DE LOS VALORES DE CONOCIMIENTOS SEGÚN ESPECIALIDADES Y AÑOS DE EXPERIENCIA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.	29
TABLA 3	DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE DE CONOCIMIENTOS EN RELACIÓN A LA ESPECIALIDAD Y AÑOS DE EXPERIENCIA	30
TABLA 4	DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE TOTAL SEGÚN GÉNERO Y AÑOS DE EXPERIENCIA	30
TABLA 5	DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE LA UPCH.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS

PI:	Periodoncia e implantes
RO:	Rehabilitación oral
EN:	Endodoncia
OP:	Odontopediatría
OOM:	Ortodoncia y ortopedia maxilar
EDPE:	Estomatología de pacientes especiales
ORE:	Odontología Restauradora y estética
CBM:	Cirugía Bucal y Maxilofacial
CAF:	Colgajo de Avance Coronal
TCSE:	Tejido Conectivo Subepitelial
OHRQoL:	Calidad de vida relacionado a salud oral.
MRIP:	Medidas de resultados informados por el paciente

RESUMEN

Introducción: Las recesiones gingivales tienen una prevalencia alta en la población, pudiendo producir hipersensibilidad dental, caries radicular, alteración estética y hasta pérdida dental en casos relacionados con enfermedad periodontal. Los odontólogos tienen un rol importante en el mantenimiento de la salud periodontal lo que incluye también evitar el progreso de las recesiones gingivales, por lo que, deben tener conocimiento sobre la lesión y qué terapias pueden realizar.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre las recesiones gingivales de los estudiantes de segunda especialidad de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en 146 estudiantes de segunda

especialidad de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se construyó un cuestionario sobre recesiones gingivales, el cual fue validado mediante el juicio de expertos con el análisis de V de Aiken; la prueba test y re-test y el análisis del coeficiente de Pearson; la confiabilidad se determinó mediante el análisis de Kuder- Richardson y la asociación entre las variables se evaluó a través de la prueba de Fisher ($p < 0,05$).

Resultados: En cuanto al nivel de conocimiento sobre recesión gingival se encontró que 64.4% de los participantes obtuvieron puntajes sobresalientes y el 35.6% fue aceptable. Se encontró asociación significativa entre los participantes y los años de experiencia (>5 años).

Conclusión: El cuestionario demostró ser confiable, válido y objetivo. El conocimiento sobre recesión gingival en la muestra de estudio tuvo un nivel de sobresaliente y estuvo asociado a mayor cantidad de años de experiencia.

Palabras claves: Conocimiento, Validación de cuestionarios, Recesiones gingivales

ABSTRACT

Introduction: Gingival recessions have a high prevalence in the population, and can cause dental hypersensitivity, root caries, aesthetic alterations and even tooth loss in cases related to periodontal disease. Dentists have an important role in maintaining periodontal health, which also includes preventing the progression of gingival recession, so they must have knowledge about the lesion and what therapies they can perform. **Objective:** Determine the level of knowledge about gingival recessions of second specialty students of the Faculty of Stomatology of the Universidad Peruana Cayetano Heredia. **Materials and methods:** A descriptive, observational and cross-sectional study was carried out on 146 second specialty students from the Faculty of Stomatology of the Universidad Peruana Cayetano Heredia. A questionnaire on gingival recessions was constructed, which was validated by expert judgment with Aiken's V analysis; the test and re-test and the analysis of the Pearson coefficient; Reliability was considered through the Kuder-Richardson analysis and the association between the variables was evaluated through the Fisher test ($p < 0.05$). **Results:** Regarding the level of knowledge about gingival recession, it was found that 64.4% of the participants obtained outstanding scores and 35.6% were acceptable. A significant association was found between participants and years of experience (>5 years). **Conclusion:** The questionnaire proved to be reliable, valid and objective. Knowledge about gingival recession in the study sample had an outstanding level and was associated with a greater number of years of experience.

KEYWORDS: Knowledge, Validation of questionnaires, Gingival recessions

I. INTRODUCCIÓN

Se define como recesión gingival a la migración apical del margen gingival con respecto a la unión amelo cementaria, si bien la etiología puede ser multifactorial. Los factores importantes por su alta prevalencia en el desarrollo de la lesión son la inflamación inducida por placa bacteriana y el traumatismo mecánico por cepillado dental (1,2).

Actualmente la prevalencia de recesión gingival es alta. Una revisión sistemática concluyó que más de dos tercios de la población está afectada por recesión gingival (3) y un estudio en Perú demostró una frecuencia del 94.3%, siendo la zona mandibular (54.2%) la más afectada por la lesión (4).

Debemos priorizar su temprano diagnóstico porque suelen ser inicialmente no perceptibles para los pacientes pudiendo llegar a causar hipersensibilidad dental, caries radicular, pérdida dental en caso relacionado a enfermedad periodontal y alteración estética; la cual a mayor extensión de la lesión posee un mayor impacto en la calidad de vida relacionado a la salud oral en los pacientes (5).

La especialidad odontológica que abarca la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades relacionadas a los tejidos de soporte es la Periodoncia (6). Los periodoncistas pueden tratar de forma quirúrgica o no quirúrgica las recesiones gingivales, siendo la terapia quirúrgica no siempre la de elección por los pacientes (7).

La literatura con respecto a las técnicas quirúrgicas utilizadas para el recubrimiento de defectos gingivales están bien documentadas (7,8). La indicación para la utilización de una técnica está relacionada a la extensión del defecto, la presencia y calidad de tejido queratinizado, el ancho y alto de la papila interdental, la presencia del frenillo y la profundidad del vestíbulo (8).

Existen numerosas técnicas quirúrgicas; sin embargo, la de colgajo de avance coronal (CAF) y la de tunelización combinada con el injerto de tejido conectivo subepitelial (TCSE) han demostrado tener buenos resultados (9). Siendo el CAF la técnica por elección para recesiones unitarias por sus resultados estéticos óptimos (10).

Por esa razón, la cirugía periodontal estética se ha convertido en un tratamiento a conocer no solo por los periodoncistas sino también por los odontólogos generales para poder informar al paciente mejores opciones de tratamiento y derivar oportunamente al especialista en periodoncia. A menudo se descuidan los alcances que puede tener las cirugías periplásticas por falta de conocimiento y competencia, no obstante la finalidad es mejorar las demandas estéticas del paciente (11).

El odontólogo debe promover y guiar al paciente para la mantención de su salud periodontal. Esto incluye la mantención del tejido gingival específicamente evitar el progreso de las recesiones gingivales, con un conocimiento óptimo y empleando la evidencia científica en su práctica clínica (12).

El odontólogo también cumple la función de mantener la salud oral de su paciente ya que esta influye en su calidad de vida (13,14). Es necesario saber si tienen el conocimiento respecto a la etiología, diagnóstico y plan de tratamiento de las recesiones gingivales; sin embargo, al no haber suficientes antecedentes que evalúen el nivel de conocimiento de los odontólogos sobre la lesión, existiría una mayor probabilidad del incorrecto diagnóstico o tratamiento, lo cual solo aumentaría la prevalencia de la lesión en la población.

En un estudio que se realizó con un seguimiento de 5 años y evaluó a largo plazo las recesiones gingivales no tratadas, encontró que con el paso de los años aumenta el número de pacientes con recesiones gingivales (or: 2,43) y con mayor prevalencia en zonas vestibulares (or: 2.16) (15). Lo que indica que las recesiones gingivales que no se tratan no mejoran espontáneamente, su progresión puede resultar en una peor estética y deterioro de la función por la presencia de hipersensibilidad dental.

Aún con la poca evidencia científica relacionada al nivel de conocimiento de los odontólogos sobre recesiones gingivales, un estudio demostró que el 44,2% de los dentistas generales tenían un conocimiento inadecuado sobre la lesión (16). Existe una mayor necesidad de aumentar el conocimiento entre los dentistas para poder brindar una información más especializada (17). Por ello, para evaluar el nivel de conocimiento de los odontólogos se utilizará un instrumento de recolección de datos que cumple tres requisitos esenciales: confiabilidad, validez y objetividad (18,19) y el cual será validado.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes de segunda especialidad sobre las recesiones gingivales, ya que sus conocimientos sobre la lesión son de suma importancia para un correcto tratamiento y prevención.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Determinar el nivel de conocimiento sobre recesiones gingivales en cuanto a prevalencia, factores de susceptibilidad, factor de riesgo, sintomatología, clasificación y tratamiento de los estudiantes de segunda especialidad de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2023.

2.2 Objetivo específico

1. Validar un instrumento para valorar el nivel de conocimiento sobre recesiones gingivales, de los alumnos de segunda especialidad.
2. Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes de segunda especialidad de la Universidad Peruana Cayetano Heredia sobre recesiones gingivales, según la especialidad que estén cursando.
3. Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes de segunda especialidad de la Universidad Peruana Cayetano Heredia sobre las recesiones gingivales, según los años de experiencia.

III. MARCO TEÓRICO

Recesión Gingival

La recesión gingival tiene como característica clínica la exposición de la superficie de la raíz (1,2). Esta condición está asociada a la pérdida del tejido de soporte del diente que son: el ligamento periodontal, hueso, cemento y encía, pudiendo presentarse de manera localizada o generalizada en una o más superficies dentales a nivel lingual, labial o interproximal (20).

El conocimiento de esta lesión ha evolucionado a partir de varios estudios epidemiológicos demostrando así su etiología y otros factores que contribuyen a su progresión, estos factores de riesgos pueden ser predisponentes o desencadenantes. Dentro de los factores de riesgos predisponentes tenemos una banda de encía adherida estrecha, frenillo de inserción aberrante, mal posición dentaria, fenestración o dehiscencia ósea y el biotipo gingival (11).

Se ha considerado actualmente que el biotipo gingival puede influir en el desarrollo de las recesiones gingivales, el promedio de espesor de los biotipos gingivales va desde 0,7 a 1,5mm (21). En la práctica clínica podemos tener un biotipo fino que mide menos de 1mm, los pacientes que presentan este biotipo se han asociado a mayor sangrado, profundidad al sondaje y a una alta prevalencia de recesiones gingivales después de intervenciones periodontales (22). A diferencia de un biotipo grueso, el cual presenta un espesor de 1mm a más, el cual está relacionado a una

baja tasa de presentar recesiones gingivales y de un mayor éxito en los tratamientos regenerativos (22,23).

Los factores desencadenantes son la inflamación inducida por placa bacteriana, el traumatismo por cepillado dental inadecuado, trauma oclusal, factor iatrogénico y el tratamiento ortodóntico relacionado a la aparatología fija (11,20). Si bien una buena higiene bucal es necesaria para mantener la salud gingival, una técnica de cepillado inadecuado o agresivo puede fomentar la formación de recesiones gingivales con el tiempo (24).

Beltrán et al. estudió la asociación entre la prevalencia de recesión gingival y la técnica de cepillado en 105 pacientes adultos quienes practicaron el cepillado manual por 10 años, como resultado se encontró que el 64.1% de dientes con recesión gingival estaban relacionado a una frecuencia de cepillado de 3 a más veces al día (25). Asimismo, estudios como el de Tezel et al. concluyeron que la recesión gingival estaba directamente relacionada a la técnica de cepillado y particularmente al cepillado horizontal de los dientes (26), del mismo modo el estudio de Salazar et al. demostró que la consistencia de las cerdas de los cepillos dentales son un factor desencadenante para el desarrollo de recesiones gingivales al igual que la técnica horizontal de cepillado (27).

Actualmente, la recesión gingival afecta a la población en general sin importar si presentan o no enfermedad periodontal y su prevalencia oscila entre el 40% y el 100% dependiendo de la comunidad (28). Yadav et al. realizaron un metanálisis

para estimar la prevalencia global de recesiones gingivales con un total de 15 estudios incluidos que involucraron a un total de 37,460 personas, concluyó que dos tercios de la población estaba afectada por la lesión (3).

Las investigaciones que se han realizado desde hace décadas en la población demuestran que las recesiones gingivales avanzan con la edad. Albandar y Kigman indicaron que la prevalencia de recesión gingival en jóvenes fue del 37.8% a diferencia de los adultos con una prevalencia del 90.4%, adicionalmente los hombres tenían significativamente más recesiones gingivales que las mujeres (29).

Un estudio latinoamericano de Castro et al. en una población peruana, encontró una frecuencia de recesión gingival mayor en mujeres que en varones (49,1% vs 45,3%), sin embargo; se observó una significativa asociación entre el género masculino y una mayor severidad de recesión gingival, demostraron también mayor frecuencia de la lesión en los sujetos entre los 50-59 años, siendo menor su presencia entre los 20-29 años (4). La pérdida de soporte periodontal y la exposición a factores de riesgo a lo largo de la vida son razones suficientes para que exista una mayor prevalencia con el avance de la edad (1).

Las recesiones gingivales suelen producir un efecto antiestético en los pacientes y pueden conducir al desarrollo de la hipersensibilidad dental, así como una mayor predisposición a la abrasión y formación de caries radiculares. Wagner et al. en su estudio que incluyó a 740 sujetos indicó que la presencia de recesiones gingivales se asoció a la peor calidad de vida en dientes anteriores además la hipersensibilidad

dental relacionado a recesión gingival se asoció a un peor OHRQoL principalmente en sitios bucales (30).

Estudios más recientes como el de Goergen et al. presentó resultados similares en su estudio transversal realizado a 1022 individuos. Encontró que las recesiones gingivales presentaron una asociación significativa e indirecta con un OHRQoL deficiente relacionado a una mayor hipersensibilidad dental (31).

En periodoncia, es importante reconocer que la recesión gingival puede presentarse en la enfermedad periodontal debido a la pérdida ósea producida. La literatura científica ha buscado conocer la percepción y conocimiento de los pacientes; por ello, se realizaron estudios para evaluar el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad periodontal y su relación directa con enfermedades sistémicas como la diabetes. Una revisión sistemática de 24 estudios transversales concluyó que menos de la mitad de los pacientes con diabetes tienen conocimiento sobre un mayor riesgo de padecer enfermedad periodontal y en adición el dentista no es en la mayoría de casos la fuente de información para motivarse (32).

Naser et al. realizaron un estudio transversal mediante un cuestionario en línea adaptado del cuestionario de Abdulbaqi para evaluar el conocimiento de los participantes sobre enfermedades periodontales. De un total de 1099 sujetos , el 55,8% respondió que la mala higiene bucal es una de las causas para la halitosis mientras que el 32,3% reconoció que el cepillado inadecuado es una de las causa

para presentar recesión gingival. Dentro de las conclusiones del estudio se encontró un nivel de conocimiento sobre periodontitis moderado de los participantes (33).

Otros estudios han buscado conocer el conocimiento de los estudiantes universitarios sobre la enfermedad periodontal, un estudio transversal de Alzammam et al. donde se aplicó un cuestionario a 906 estudiantes demostró que los universitarios tenían poco conocimiento sobre la etiología de la enfermedad periodontal y además conocían poco sobre un buen mantenimiento de la salud oral para evitar así la inflamación de los tejidos gingivales (34).

Kandasamy et al. buscaron evaluar el conocimiento de los alumnos universitarios relacionados al área de salud y los estudiantes no relacionados a esa área sobre el tema salud bucal, se empleó un cuestionario online por un período de 3 meses a 845 estudiantes. Los resultados indicaron en cuanto al conocimiento sobre la enfermedad periodontal, que el 60,81% conoce que hay bacterias que causan problemas gingivales, el 70% reconoce que el cepillarse inadecuadamente puede causar enfermedad gingival, la presencia de encías sangrantes puede producir infección e inflamación gingival (26,98%). El estudio concluyó que los estudiantes del área de salud bucal tenían mayor conocimiento sobre el tema a diferencia de los estudiantes que no eran de esa área (35).

Los estudios han documentado a lo largo del tiempo la etiología y factores de riesgos de las recesiones gingivales, así como sus tratamientos y la percepción de los pacientes respecto a su calidad de vida relacionada a su salud oral. Sin embargo,

poco se sabe de la transferencia de los conocimientos de la evidencia científica a la práctica clínica en los dentistas sobre la lesión (16).

Estudios como el de Zaher et al. buscó conocer las opiniones, conocimientos y preferencias de 3780 dentistas en periodoncia, realizó un cuestionario de 17 preguntas de múltiples respuestas, el cuestionario se dividió en preguntas de perfil demográfico, el interés y satisfacción en periodoncia. Este estudio indicó que hubo mayor interés y satisfacción en los dentistas periodoncistas de los que no lo son, adicionalmente los problemas estéticos fueron la mayor indicación para el recubrimiento radicular (36).

Posteriormente Grover et al. evaluaron el conocimiento y opinión sobre la etiología, clasificación y el tratamiento preferido para recesión gingival, así como el interés y satisfacción de los dentistas en ejercer la periodoncia (17). En ese estudio un total de 197 dentistas entre periodoncistas y no periodoncistas respondieron el cuestionario de Zaher et al. (36) previa modificación, concluyeron que los periodoncistas tenían mayor interés y satisfacción en la práctica de periodoncia, además estaban más inclinados a los tratamientos quirúrgicos para tratar las recesiones gingivales que los otros dentistas no periodoncistas (17).

Un estudio más reciente de Bhat et al. buscó evaluar el conocimiento e interés de los odontólogos sobre el tratamiento de recesiones gingivales. Un total de 250 odontólogos participaron en este estudio., utilizaron el cuestionario de Grover V et al. pero realizaron unos ajustes y al final solo el cuestionario consto de 9 preguntas.

Este estudio concluyó que el conocimiento entre los participantes sobre recesiones gingivales era adecuado (55.8%), además el interés de los participantes por la periodoncia fue de 5,39 y la satisfacción por realizar tratamientos periodontales de 5,47 (16).

Los autores nos indican que es importante que el odontólogo siga una capacitación continua para poder ofrecer un tratamiento óptimo. Por ello, deben conocer los avances en las investigaciones recientes y poder implementar los tratamientos novedosos para así optimizar su atención clínica al paciente (16,17).

Instrumento de medición

Para poder medir el nivel de conocimiento es indispensable tener un instrumento que recoja la información, definiéndose como un conjunto de preguntas claras, precisas, comprensibles, breves, con vocabulario simple y directo (37,38). Hernández Sampieri refiere que un instrumento de medición debe cumplir tres requisitos: validez, confiabilidad y objetividad (37). Todo instrumento de medición debe someterse a un proceso de validación para garantizar su calidad (39).

La confiabilidad o reproducibilidad es un principio importante para la obtención de precisión en un estudio, disminuyendo los errores que el investigador pueda obtener en la medición de las variables, así los resultados y conclusiones son de mayor confianza. En términos generales, si las mediciones realizadas con el instrumento

generan los mismos resultados aplicados en las mismas condiciones pero en escenarios, poblaciones y momentos diferentes, ese instrumento es confiable (37).

Ningún instrumento presenta una correlación perfecta, se acepta valores entre 0,7 a 0,9 de confiabilidad. Además, la confiabilidad se puede estimar por medio de la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía interjueces (38).

En cuanto a la objetividad, es “el grado en que el instrumento es permeable a los sesgos”. La estandarización en la aplicación del instrumento y evaluación de los resultados encontrados lo refuerzan (37).

Mientras que la validez explora “el grado en que un instrumento mide lo que pretende medir”. Es pieza fundamental para el diseño del cuestionario permitiendo corroborar la utilidad de la medida realizada (37,38).

La validez de contenido, se evalúa de manera cualitativa en función de las dimensiones que se pretenden medir (38). Concretamente, la validez de contenido debe garantizar que los indicadores del instrumento representan una porción del universo a estudiar, en caso de constructos (no tangibles) se opta por llevar a juicio de experto. Ding et al. indicaron que la validez de contenido generalmente se evalúa a través de un juicio de experto y la información recolectada de forma sistemática (39).

Validación

Se define al juicio de experto como una opinión informada por personas calificadas en el tema y que son reconocidas por otros como expertos en el tema, por lo que pueden dar información, valoración y juicio (40). Para la identificación de las personas que formarán parte del juicio de expertos, diferentes autores proponen ciertos criterios de selección. Skjong y Wentworht proponen que tenga experticia, disponibilidad, motivación, imparcialidad y reconocimiento en la comunidad (41), mientras que otros autores como McGartland et al. únicamente consideran necesario el número de publicaciones o la experiencia (42).

La valoración del juicio de expertos se realiza mediante la V de Aiken que es un coeficiente que cuantifica la relevancia de los ítems del instrumento nuevo a partir de la valoración de los jueces expertos. El valor de V de Aiken puede oscilar entre 0 a 1 y mientras mas cercano esta de la unidad, se infiere que hay un mayor acuerdo entre jueces (43).

No hay un consenso de cuál es el número adecuado de jueces, algunos autores como Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) que fueron citados en McGartland et al. sugieren un rango de dos hasta 20 expertos (42), mientras otros como Escobar et al. recomienda un mínimo de 5 jueces (40). Para la validez de un ítem es importante que el 80 % de los expertos este de acuerdo para poder incorporarlo en el instrumento (40,42).

Carvajal et al. mencionan que un instrumento validado en una comunidad específica debe nuevamente evaluar sus propiedades psicométricas cuando se utiliza en otra área o población y mientras más utilizado sea el instrumento mayor validez presentará; por lo que, se menciona que es un proceso continuo que no acaba (38).

Es por ello que; el propósito del presente estudio fue crear un cuestionario que abarcara el tema de recesiones gingivales para evaluar el nivel de conocimiento, el cual fue validado y aplicado a los alumnos de segunda especialidad de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

IV. METODOLOGÍA

IV.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional.

IV.2 Población

La población estuvo conformada por 210 alumnos que cursaban una segunda especialidad en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, año 2023. Los cuales estaban divididos en 156 alumnos de modalidad ordinario y 54 alumnos de modalidad CODIRO.

IV.3 Muestra

Para la muestra se empleó el módulo de cálculo de tamaño muestral para poblaciones finitas con variable cualitativa y fue recolectada entre los meses de julio a setiembre del 2023. Se aplicó la siguiente formula:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

N= 210 alumnos de segunda especialidad de la UPCH.

Z= 95%

p= 50%

q= 0.95

d= 5%

Para el cálculo de N se utilizó la información obtenida por el área de posgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia sobre el número de alumnos de segunda especialidad con un total de 210 alumnos, distribuidos así: la especialidad de Rehabilitación oral presentó 29 estudiantes modalidad ordinario, Periodoncia e Implantes con 17 estudiantes modalidad ordinario y 8 estudiantes codiro, Odontología Restauradora y Estética tenía 14 estudiantes modalidad ordinario y 3 estudiantes codiro, Ortodoncia y Ortopedia maxilar con 46 estudiantes modalidad ordinario y 4 estudiantes codiro, en Odontopediatría eran 18 estudiantes modalidad ordinario y 8 estudiantes codiro, Estomatología de pacientes especiales con 4 estudiantes modalidad ordinario y 1 estudiante codiro, en Endodoncia fueron 15 estudiantes modalidad ordinario y 10 estudiantes codiro, finalmente en Cirugía bucal y maxilofacial un total de 13 estudiantes modalidad ordinario y 20 estudiantes codiro.

La fórmula arrojó como resultado un tamaño muestral mínimo de 136 participantes; sin embargo, al final se logró aplicar el cuestionario a 146 alumnos distribuidos de la siguiente forma: para la especialidad de Rehabilitación oral se obtuvo la participación de 24 estudiantes, Periodoncia e Implantes con 18 participantes, Odontología Restauradora y estética con 17 participantes, en Ortodoncia y ortopedia maxilar con 35 participantes, para Odontopediatría con 16 participantes, Estomatología de pacientes especiales con 5 participantes, Endodoncia con 19 participantes y finalmente la especialidad de Cirugía bucal y maxilofacial con 12 participantes.

El tipo de muestreo fue por conveniencia y saturación debido a que todos los alumnos no se encontraban presentes las fechas que se programaron para la aplicación de los cuestionario, sin embargo esta recolección de datos se llevo acabo en varias oportunidades en un periodo de tres meses hasta obtener el número de participantes necesarios para el estudio.

IV.4 Criterios de selección

4.4.1 Criterios de Inclusión:

1. Odontólogos que den su consentimiento informado.
2. Odontólogos residentes del posgrado en especialidad de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

4.4.2 Criterios de Exclusión:

1. Odontólogos que cursen especialidades que no incluya contacto directo con el paciente.
2. Odontólogos que no tengan una matrícula vigente en la especialidad.

IV.5 Definición Operacional de Variable

Variable Principal

Nivel de conocimiento sobre recesiones gingivales: variable cualitativa de escala nominal, se define como el nivel de información obtenida sobre las recesiones gingivales y estará representada por 6 dimensiones; las cuales son: prevalencia de recesión gingival, factores de susceptibilidad, factores de riesgo, sintomatología, tratamiento y clasificación.

Covariables

- Años de experiencia: se define como años transcurridos desde la obtención del título hasta la actualidad, variable cuantitativa de escala ordinal, la cual será categorizada de hasta 5 años o más de 5 años de experiencia.
- Posgrado en odontología: se define como profesional de salud que se encarga del cuidado de la salud oral y que está cursando un estudio de posgrado, variable cualitativa de escala nominal, la cual se registra según la especialidad: cirugía bucal, endodoncia, estomatología en pacientes especiales, restauradora y estética, Odontopediatría, ortodoncia, periodoncia e implantes, rehabilitación oral.

IV.6 Procedimientos y técnicas

Proceso de Validación del Cuestionario

En este estudio se construyó un instrumento de medición que fue un cuestionario, el cual fue validado.

Se realizó una exhaustiva búsqueda de la literatura sobre recesiones gingivales, los artículos incluidos fueron metaanálisis y revisiones de literatura de revistas indexadas con alto factor de impacto como Periodontology 2000, Journal of clinical periodontology, International dental journal, Journal of periodontology, International Journal of dental hygiene. Se procedió a identificar las dimensiones y formular las preguntas a incluir para poder evaluar en su totalidad el tema recesión gingival, utilizando de guía el cuestionario de Zaher. Basado en los resultados obtenidos sobre el tema recesiones gingivales, se formuló 20 preguntas tipo enunciado incompleto divididos en 6 dimensiones: prevalencia (2), susceptibilidad (2), factores de riesgo (5), sintomatología (2), tratamiento (7) y clasificación (2) (Anexo 1).

Las preguntas fueron cerradas de respuesta categorizada y espontánea, limitándolo a elegir una respuesta ya establecida en el cuestionario. Según su contenido las preguntas fueron de tipo informativo, ya que se determinó el nivel de conocimiento sobre el tema de recesiones gingivales. La primera parte del cuestionario fue de carácter introductorio donde se les preguntó su perfil odontológico personal, y la segunda parte del cuestionario estuvo conformado por las 20 preguntas.

El cuestionario fue sometido a una validación por medio del juicio de expertos, el cual estuvo conformado por 1 odontólogo doctor en periodoncia, 2 odontólogos especialistas en periodoncia, 1 odontólogo especialista en ortodoncia, 1 odontólogo especialista en endodoncia y 1 odontólogo especialista en odontología restauradora y estética. Todos los jueces cumplieron con los criterios de selección: Ruth castillo, Patricia Horna, Andrea Vergara, Carlos Liñan, Felipe Hernandez y Leyla Delgado. Se envió a cada uno de ellos una ficha mediante el cual realizaron la evaluación a cada una de las preguntas del cuestionario.

La ficha utilizada fue la propuesta por Escobar y Cuervo (40). Luego se procedió a realizar las modificaciones del cuestionario inicial (Anexo 2) según las sugerencias y recomendaciones por el jurado experto, para obtener el cuestionario final (Anexo 3).

Para evaluar la validez de contenido se utilizó el coeficiente V de Aiken obteniendo un puntaje de 0.93, lo que quiere decir que el cuestionario es válido en contenido (Anexo 4). Por lo tanto, el cuestionario está listo para aplicarlo.

Prueba Piloto

Los participantes del estudio piloto fueron alumnos de pregrado del último año de la carrera de estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, los cuales cumplían con características similares a la muestra del estudio, como es el contacto

directo con el paciente y también al ser estudiantes están en constante aprendizaje con la evidencia científica, en adición son alumnos que están por egresar de la carrera de estomatología.

La confiabilidad del cuestionario se analizó durante la primera aplicación del cuestionario a los alumnos del último año de la carrera de estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, mediante la prueba de Kuder-Richardson obteniendo un valor general de 0.70, lo que quiere decir que se acepta la confiabilidad del cuestionario (Anexo 5). Posteriormente para la validez de criterio se realizó el test y re-test para lo cual se volvió a aplicar el mismo cuestionario a los mismo 20 alumnos una semana después. Se realizó el análisis de correlación de Pearson, obteniendo un valor de 0.81 (Anexo 6).

Para la aplicación del cuestionario en el piloto se solicitó el permiso al departamento Académico de Clínica Estomatológica (Anexo 7) y al departamento Académico de Internado Hospitalario Estomatológico (Anexo 8) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, además se excluyó a los alumnos de internado rural por ser inaccesibles para la aplicación del cuestionario de manera presencial.

Todos los alumnos que participaron en el piloto dieron su consentimiento informado, dentro del consentimiento informado hay un beneficio informativo, por el cual se les entregó un folleto y un artículo base sobre el tema de recesión gingival finalizando la aplicación del cuestionario.

Aplicación del instrumento en la muestra del estudio

Para la aplicación del cuestionario se coordinó previamente con los jefes de áreas de las diferentes especialidades, la fecha y hora de aplicación fue coordinado tomando en cuenta sus turnos teóricos en la sede Salaverry como la sede San Martín de Porres. Los datos fueron recolectados en un periodo de tres meses.

Al momento de la aplicación del cuestionario se les explicó de manera clara y precisa el objetivo del estudio, posteriormente se les entregó un consentimiento informado (Anexo 9). Una vez confirmaron su participación en el estudio, se entregó el cuestionario para su desarrollo con un tiempo máximo de 30 minutos (Anexo 12).

El cuestionario una vez resuelto fue entregado al investigador principal de forma anónima. Terminado el cuestionario se solventó las dudas de los participantes con respecto a algunas respuestas del cuestionario sobre las recesiones gingivales. Obtenidos los resultados estos se vaciaron en una base de datos Excel para su análisis estadístico utilizando el programa StataSE 18.

IV.7 Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación del comité Institucional de Ética de Investigación en Humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIEI-UPCH) (Anexo10).

Antes de la ejecución del estudio también se obtuvo el permiso correspondiente al Jefe de la Unidad de Posgrado y Especialización de la Universidad Peruana Cayetano Heredia con fines de poder aplicar el cuestionario en los estudiantes de segunda especialidad de la universidad (Anexo 11).

En la etapa de aplicación del cuestionario, a todos los estudiantes que participaron se les entregó inicialmente el consentimiento informado en el cual se menciona que participan de manera voluntaria sin perjuicio alguno y que pueden retirarse del estudio sin problema.

En el presente estudio se siguió las normativas éticas de la Declaración de Helsinki, el cual auto regula a la comunidad científica y prioriza el bienestar del ser humano por encima de los intereses científicos. También se consideró las pautas éticas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) con respecto a la investigación biomédica en seres humanos.

IV.8 Plan de análisis

Se realizó la sumatoria de los códigos de cada respuesta para obtener una calificación del instrumento completo, las preguntas con respuesta incorrecta fueron codificadas con valor “cero” mientras que las respuestas correctas con valor de “uno”.

El nivel de conocimiento fue categorizado de acuerdo al número de respuestas correctas, se consideró como sobresaliente a puntajes de 15 a 20 y aceptable a puntajes menores a 15.

Se procedió a la tabulación de los datos, para ello se creó una hoja en Excel Microsoft donde posteriormente se utilizó el programa StataSE 18 para el análisis de los datos exportados; con un nivel de significancia de 0.05 que corresponde a un intervalo de confianza del 95%. Se aplicó la prueba de Fisher ($p < 0,05$).

También se realizó el análisis bivariados para determinar la asociación entre el nivel de conocimiento con las covariables años de experiencia y posgrado en odontología, utilizando la prueba Fisher.

V. RESULTADOS

Este estudio incluyó un total de 146 alumnos que cursaron una segunda especialidad en la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en la sede Salaverry y la sede San Martín de Porres en el año 2023, de los cuales, la mayoría 72% (n=105) fueron estudiantes del género femenino. El rango de edad de los participantes fue de 25 a 48 años de edad, siendo la edad promedio de 30.5 años (DE= 4.4). La especialidad con mayor número de participantes fue ortodoncia y ortopedia maxilar con 23.97% (n=35). El 50.68% (n=74) de los participantes tienen hasta 5 años de experiencia y con más de 5 años de experiencia el 49.32% (n=72) (Tabla 1).

En la evaluación del nivel de conocimiento de los estudiantes de segunda especialidad según año de experiencia, se encontró que; el mayor promedio de conocimiento obtenido por las especialidades Periodoncia e Implantes (17.29), Rehabilitación Oral (15.80), Endodoncia (16.44), Estomatología de Pacientes Especiales (15.00) y Odontopediatría (14.33) fue del grupo con más de 5 años de experiencia, mientras que para el grupo Ortodoncia y Ortopedia Maxilar (15.60) y Cirugía Bucal y Maxilofacial (17.60) el mayor promedio obtenido fue para con menos de 5 años de experiencia. En cuanto a Odontología Restauradora y Estética (15.00) ambos grupos de años de experiencia tuvieron el mismo promedio (Tabla 2).

Según los puntajes obtenidos, se encontró que 64.4% de los participantes obtuvieron puntajes sobresalientes y el 35.6% fue aceptable (Tabla 3).

Relacionado al nivel de conocimiento, solo la especialidad de endodoncia mostró asociación significativa (0.02) a 5 años o más de 5 años, no se encontró asociación en las otras especialidades (Tabla 3).

En cuanto a los años de experiencia, se encontró que los participantes con más de 5 años de experiencia (36.30%) tienen un nivel de conocimiento sobresaliente a diferencia de los menor o igual a 5 años (28.08%), el grupo con experiencia menor o igual a 5 años (20.55%) obtuvo mayor porcentaje de nivel de conocimiento aceptable en relación a los de más de 5 años (11.64%). Se encontró asociación estadística significativa entre ambos grupos (Tabla 4).

Todas las especialidades obtuvieron un porcentaje mayor al 50 % de respuestas correctas en la mayoría de las preguntas. Para la pregunta 2 todas las especialidades obtuvieron un porcentaje del 100%, sin embargo, para la pregunta 1 todas las especialidades obtuvieron un porcentaje menor al 50% (Tabla 5).

Tabla 1. Características demográficas de los participantes del estudio

Variables	n	%
Especialidades		
Periodoncia e Implantes	18	12.33
Rehabilitación Oral	24	16.44
Endodoncia	19	13.02
Odontopediatría	16	10.96
Ortodoncia y Ortopedia Maxilar	35	23.97
Odontología Restauradora y Estética	17	11.64
Estomatología de Pacientes Especiales	5	3.42
Cirugía Bucal y Maxilofacial	12	8.22
Años de Experiencia		
≤ 5 años	74	50.68
>5 años	72	49.32
Género		
Femenino	105	72.00
Masculino	41	28.00
Edad^o	30.5	4.4

n: Frecuencia Absoluta

%:Frecuencia Relativa

^o: Promedio y desviación estándar

n: 146

Tabla 2. Descripción de los valores de conocimientos según especialidades y años de experiencia de la población de estudio.

Especialidad	Año Experiencia	n	%	\bar{x}	DE
Periodoncia e Implantes	≤ 5 años	11	61.10	15.91	1.45
	>5 años	7	38.90	17.29	0.95
	Total	18	100.00		
Rehabilitación Oral	≤ 5 años	14	58.33	14.64	2.79
	>5 años	10	41.67	15.80	2.49
	Total	24	100.00		
Endodoncia	≤ 5 años	10	52.63	13.50	2.88
	>5 años	9	47.37	16.44	1.74
	Total	19	100.00		
Odontología Restauradora y Estética	≤ 5 años	9	52.94	14.78	1.64
	>5 años	8	47.06	15.00	1.60
	Total	17	100.00		
Ortodoncia y Ortopedia Maxilar	≤ 5 años	15	42.86	15.60	2.44
	>5 años	20	57.14	15.25	2.83
	Total	35	100.00		
Estomatología de Pacientes Especiales	≤ 5 años	3	60.00	14.33	1.53
	>5 años	2	40.00	15.00	1.41
	Total	5	100.00		
Odontopediatría	≤ 5 años	7	43.75	12.57	3.55
	>5 años	9	56.25	14.33	2.96
	Total	16	100.00		
Cirugía Bucal y Maxilofacial	≤ 5 años	5	41.67	17.60	1.14
	>5 años	7	58.33	15.43	2.44
	Total	12	100.00		

Tabla 3. Distribución del puntaje de conocimientos en relación a la especialidad y años de experiencia

Especialidad	Año experiencia	Aceptable		Sobresaliente		sig
		n	%	n	%	
Periodoncia e Implantes	≤ 5 años	2	11.11	9	50.00	0.50
	> 5 años	0	0.00	7	38.89	
Rehabilitación Oral	≤ 5 años	6	25.00	8	33.33	0.68
	> 5 años	3	12.50	7	29.17	
Endodoncia	≤ 5 años	7	36.84	3	15.79	0.02
	> 5 años	1	5.26	8	42.11	
Ortodoncia y Ortopedia Maxilar	≤ 5 años	4	11.43	12	34.29	0.72
	> 5 años	6	17.14	13	37.14	
Odontología Restauradora y Estética	≤ 5 años	3	17.65	5	29.41	1.00
	> 5 años	3	17.65	6	35.29	
OTROS (Cirugía bucal - Estomatología Pacientes Especiales - Odontopediatría)	≤ 5 años	6	18.18	9	27.27	0.73
	> 5 años	6	18.18	12	36.36	
Total		47	35.60	99	64.40	

Prueba Fisher

Tabla 4. Distribución del puntaje total según género y años de experiencia.

Género/año de experiencia	Aceptable		Sobresaliente		Total		Sig
	n	%	n	%	n	%	
Femenino	42	40.00	63	60.00	105	100.00	0.09
Masculino	10	24.39	31	75.61	41	100.00	
≤ 5 años	33	20.55	41	28.08	74	50.68	0.03
>5 años	19	11.64	53	36.30	72	49.32	

Prueba Fisher

Tabla 5. Distribución de respuestas correctas e incorrectas sobre el conocimiento de recesiones gingivales de los estudiantes de segunda especialidad de la UPCH.

Pregunta	Correcto		Incorrecto	
	n	%	n	%
1	27	18.49	119	81.51
2	145	99.32	1	0.68
3	107	73.29	39	26.71
4	91	62.33	55	37.67
5	134	91.78	12	8.22
6	127	86.99	19	13.01
7	101	69.18	45	30.82
8	126	86.30	20	13.7
9	121	82.88	25	17.12
10	142	97.26	4	2.74
11	122	83.56	24	16.44
12	87	59.59	59	40.41
13	114	78.08	32	21.92
14	96	65.75	50	34.25
15	126	86.30	20	13.70
16	110	75.34	36	24.66
17	132	90.41	14	9.59
18	103	70.55	43	29.45
19	110	75.34	36	24.66
20	99	67.81	47	32.19

VI. DISCUSIÓN

La recesión gingival es una condición muy frecuente en los pacientes con buena o mala higiene bucal; por ello, en la práctica clínica, el tratamiento para las recesiones gingivales depende del conocimiento obtenido por cada odontólogo.

Al revisar la literatura encontramos pocos estudios que evalúen el nivel de conocimiento de odontólogos sobre recesiones gingivales. El cuestionario de recesiones gingivales, el cual fue validado consta de 20 preguntas cerradas a diferencia del cuestionario de Zaher et al (36); que consta de 17 preguntas abiertas de las cuales solo 3 eran referente a recesión gingival.

Del mismo modo, para el presente estudio los participantes fueron odontólogos que cursaban una segunda especialidad muy diferente a los estudios de Bhat et al. (16) y Grover et al. (17) los cuales eran odontólogos generales o con especialidad; sin embargo, tenían en común que dentro de la selección de la muestra se consideró a los periodoncistas como comparativo con las otras especialidades, es por ello que el presente estudio incluyó a los estudiantes de periodoncia.

Las preguntas del cuestionario estuvieron relacionadas a la prevalencia, susceptibilidad, factores de riesgo, sintomatología, tratamiento y clasificación, esto difiere del estudio de Grover et al. donde se evaluó el interés de los odontólogos en periodoncia basándose en el conocimiento sobre recesiones gingivales, considerando solo la etiología, tratamiento, clasificación y de un total de 17 preguntas solo 7 eran relacionado a recesión gingival (17). Grover et al. también

menciona dentro de sus limitaciones, el considerar los factores de riesgo, susceptibilidad, sintomatología como cuestión de conocimiento, es por ello que se tomó en consideración para el presente cuestionario.

Según los resultados del estudio, todos los participantes saben que las recesiones gingivales progresan con la edad; sin embargo menos del 50% de los participantes conoce que tiene mayor prevalencia en el género masculino, estos resultados no pudieron ser comparados con el estudio de Zaher (36) , Grover (17) ni Bhat (16) debido a que sus estudios evaluaron solo etiología, clasificación y tratamiento. Aún si; no pueden ser contrastados con otros estudios por la falta de literatura referente a evaluar el conocimiento sobre la prevalencia de la lesión, investigaciones como el de Yadav et al. muestran una mayor prevalencia de recesión gingival con el aumento de la edad y que los varones estaban predominantemente afectados (3), asimismo el estudio de Rios et al. encuentra mayores tasas de recesión gingival en varones que en mujeres (44).

En el presente estudio, la 73.29% de los participantes opinan que un biotipo fino predispone a la formación de recesión gingival y aunque estos resultados tampoco pudieron ser contrarrestados con otros estudios (16,17,36), la literatura indica que un biotipo fino tiene mayor predisposición a sangrado y a la recesión por tratamientos periodontales (22), se recomienda en esos casos la utilización de técnicas quirúrgicas periodontales con injerto de tejido conectivo (11).

El 91,78% de los participantes conoce que el cepillado traumático es un factor de riesgo para el desarrollo de recesión gingival, esto se corrobora con los resultados encontrados en el estudio de Zaher et al. con un 91.5% (36). Este resultado es esperado debido a que es conocido en la amplia literatura estudiada desde hace décadas que la intensidad, frecuencia, el tipo de cerdas y la técnica de cepillado son predisponentes para la formación de la lesión.

La mayoría de los participantes contestaron que una adecuada higiene oral disminuye el riesgo de recesión gingival (82.88%) siendo consistente con el estudio de Bhat et al. (16) y Grover et al. (17) , donde los participantes opinaron (42,71% - 56%) respectivamente que el cepillado inadecuado de los dientes es la causa más común de recesión gingival. Se asocia que una inadecuada higiene oral está relacionada a un mayor acúmulo de placa bacteriana lo que provocaría la inflamación de los tejidos gingivales y si está relacionado a una enfermedad periodontal activa mayor riesgo de producir recesión gingival.

Cuando se les pregunto si existía mayor riesgo de recesión gingival con piercing en boca o lengua, el 69.18% respondió afirmativamente, estos resultados son muy similares a los encontrados por Bhat et al. donde los participantes (78.34%) lo consideraron un riesgo para la formación de la lesión (16). Por ello, se debe considerar que la perforación oral es un factor cultural de alto riesgo para su formación (16,20).

En los últimos años, la demanda estética ha aumentado considerablemente en los pacientes, todas las especialidades del estudio (83.56%) consideraron a la estética un factor importante a tomar en cuenta, se complementa con el estudio de Zaher et al. donde los participantes (90,7%) indicaron que la estética es una de las indicaciones para el recubrimiento radicular (36), muy diferente al estudio de Grover et al. donde solo el 47% de los participantes lo consideró la causa principal (17).

Cabe mencionar que el área de práctica de los participantes fue distinta y parece haber influido en la respuesta, Grover et al. incluyó dentistas urbanos y rurales (17), mientras que en el estudio de Zaher et al. (36) y el presente estudio participaron dentistas urbanos. Asimismo, los resultados del estudio de Grover et al. nos indica que los dentistas que trabajaban en áreas urbanas consideraban a la estética mientras que los dentistas en áreas rurales no.

Cuando se preguntó por la hipersensibilidad dental debido a la exposición radicular por recesión gingival, el 97.6% de los participantes dijo estar relacionado, siendo complementado por Zaher et al. donde el 57.7% mencionó que la hipersensibilidad dental es una de las causas para el recubrimiento radicular (36), al igual de Grover et al. quien indicó que los participantes periodoncistas (28%) mencionaron que la hipersensibilidad es la segunda causa de recubrimiento radicular mientras que los que no son periodoncistas (45.6%) la consideraron la primera causa (17).

En el presente estudio, el 78% de los participantes reconoce que la terapia quirúrgica puede llegar a ser menos aceptada por el paciente para el tratamiento de las recesiones gingivales. Esto se refuerza con estudios que evalúan los MRIP, definido como medidas de resultados informados por el paciente. El dolor post operatorio es una de las principales causas para que el paciente desista de realizarse algún tratamiento quirúrgico para tratar las recesiones gingivales; por ello, se debe buscar a través de los estudios que evalúan los MRIP brindar los adyuvantes adecuados para ofrecer un postoperatorio menos doloroso y mas aceptado por el paciente (45,46).

En cuanto a las técnicas de recubrimiento radicular, todas las especialidades tuvieron un conocimiento básico mayor al 50 %, pero para la especialidad de periodoncia e implante se logró encontrar un 80 a 100% de acierto para varias preguntas, siendo esto lo esperado por ser tema de interés para ellos, similar a los resultados encontrados en el estudio de Bhat et al. (16).

De acuerdo a los resultados de este estudio, el 72% de los participantes tenía conocimiento sobre la clasificación de Cairo; sin embargo, estos resultados no se pudieron comparar con estudios anteriores, ya que utilizan la clasificación de Miller (16,17,36). Se debe recordar que la clasificación de recesiones más usada durante décadas fue la de Miller, la cual fue reemplazada por la de Cairo por sus beneficios en cuanto a simplicidad de diagnóstico y estandarización en los procedimientos clínicos (47).

Por ello en la actualidad la clasificación de Cairo et al. es la vigente y utilizada en la mayoría de investigaciones en periodoncia relacionadas a defectos mucogingivales, por la cual fue implementada en este estudio. Aun así, cabe recalcar que sin importar la clasificación que pueda manejar el odontólogo, este debe ser capaz de clasificar la lesión o en su defecto derivar al paciente con recesión gingival.

En la presente investigación si se encontró una asociación entre el nivel de conocimiento de los odontólogos que ejercen con más de 5 años de experiencia, resultados similares se encontraron en el estudio de Friesen et al. donde evaluaron el conocimiento de los estudiantes de odontología de la Universidad de Kansas sobre los factores de riesgo en periodontitis y su asociación con condiciones sistémicas y concluyeron que el nivel de conocimiento de los estudiantes fue bueno e incrementa conforme tienen más entrenamiento clínico (48). Se atribuye su similitud en los resultados al constante aprendizaje teórico y clínico interdisciplinario de los alumnos de segunda especialidad de la UPCH y a la experticia acumulada con los años de cada estudiante en su desarrollo profesional.

En cuanto al nivel de conocimiento relacionado con la especialidad y años de experiencia; no se encontró una asociación a excepción de la especialidad de endodoncia, donde los participantes con más de 5 años obtuvieron nota sobresaliente, esto puede deberse a su conocimiento obtenido durante sus años de experiencia clínica y a la relación que presenta la hipersensibilidad dental con las recesiones gingivales, siendo esta una de las principales molestias del paciente.

En el presente estudio los resultados obtenidos relacionado al nivel de conocimiento de los participantes fueron aceptable en el 35,6% y sobresaliente con 64,4% , esto difiere con el estudio Bhat et al. donde reportó un conocimiento inadecuado del 44.2% de los participantes (16). Estas diferencias pueden deberse a que los participantes del estudio de Bhat eran odontólogos que no cursaban ningún grado académico por lo que podrían no estar constantemente actualizándose a diferencia de los participantes de este estudio, los cuales al estar cursando una segunda especialidad se encuentran en constante contacto con la literatura científica y en constante aprendizaje inter disciplinario brindado por la universidad, lo que los mantiene actualizados y en contacto con docentes especialistas de las diferentes áreas odontológicas.

Las recesiones gingivales presentan una prevalencia alta en la población peruana, es importante que los odontólogos puedan diagnosticar la lesión y brindar el tratamiento clínico pertinente, caso contrario derivar de manera oportuna al especialista. El presente estudio validó y evaluó un cuestionario que midió el nivel de conocimiento de los participantes en lo cual radica su importancia metodológica, ya que este instrumento podrá ser aplicado en otras poblaciones construyendo de esta forma una línea de investigación.

En cuanto a las limitaciones del estudio, la cantidad de hombres y mujeres en las diferentes especialidades es notoriamente distinta predominando las mujeres, lo mismo ocurre con la división de primer y segundo año predominando estudiantes

en el primer año, por lo cual no pudo hacerse un análisis más exhaustivo con respecto a estas covariables. Así mismo, otra limitación es la cantidad de estudiantes, la cual fue desigual entre cada grupo por especialidad.

Por otro lado, esta investigación ha permitido identificar los saberes de los participantes acerca de esta lesión (recesiones gingivales), permitiéndoles autoevaluarse en sus conocimientos e identificar sus fortalezas y debilidades en cuanto al tema, orientándoles así, a que se mantengan en constante actualización en los avances de la literatura científica, permitiendo una atención óptima además de seguridad y comodidad a los pacientes, ya que el desconocimiento puede poner en riesgo la salud y bienestar del paciente.

VII. CONCLUSIONES

1. El cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento sobre recesión gingival de los alumnos de segunda especialidad de la Universidad Peruana Cayetano Heredia es confiable, válido y objetivo.
2. El nivel de conocimiento de todas las especialidades evaluadas presentó un conocimiento sobresaliente sobre recesión gingival.
3. Se encontró asociación entre el nivel de conocimiento sobre recesión gingival y los años de experiencia de los estudiantes de segunda especialidad. La especialidad de endodoncia presentó asociación estadísticamente significativa.

VIII. RECOMENDACIONES

En este estudio se encontró que a más años de experiencia mayor nivel de conocimiento, aun así se recomienda que todos los odontólogos sigan una educación continua a través de programas de capacitación especializada con la finalidad de mantenerse informados sobre los avances en investigación y mejorar o implementar técnicas de tratamientos para optimizar la atención de los pacientes.

En adición, este estudio incluye una herramienta de medición viable para evaluar el conocimiento en recesión gingival. Aunque este estudio fue aplicado a los alumnos de segunda especialidad se recomienda a los futuros estudios incluir otros grupos poblacionales o regiones, con el fin de tener un alcance mayor del conocimiento de los odontólogos y así poder implementar capacitaciones oportunas.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mythri S, Arunkumar SM, Hegde S, Rajesh SK, Munaz M, Ashwin D. Etiology and occurrence of gingival recession - An epidemiological study. *J Indian Soc Periodontol*. 2015 Nov-Dec;19(6):671-5.
2. Sarfati A, Bourgeois D, Katsahian S, Mora F, Bouchard P. Risk assessment for buccal gingival recession defects in an adult population. *J Periodontol*. 2010 Oct;81(10):1419-25.
3. Yadav V, Gumber B, Makker K, Gupta V, Tewari N, Khanduja P, Yadav R. Global prevalence of gingival recession: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis*. 2023 Nov;29(8):2993-3002.
4. Castro Y, Grados S. Frecuencias e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*. 2017 Dic; 10(3): 135-40.
5. Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol*. 2004 Jun;31(6):454-7.
6. Dentino A, Lee S, Mailhot J, Hefti A. Principles of periodontology. *Periodontol 2000*. 2013 Feb; 61(1):16-53.
7. Imber J, Kasaj A. Treatment of Gingival Recession: When and How? *Int Dent J*. 2021 Jun;71(3):178-87.
8. Mounssif I, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, Sangiorgi M, Zucchelli G. Esthetic evaluation and patient-centered outcomes in root-coverage procedures. *Periodontol 2000*. 2018 Jun;77(1):19-53.
9. Chambrone L, Ortega M, Sukekava F, Rotundo R, Kalemaj Z, Buti J, Prato G. Root coverage procedures for treating single and multiple recession-type

- defects: An updated Cochrane systematic review. *J Periodontol.* 2019 Dec;90(12):1399-1422.
10. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontol 2000.* 2015 Jun;68(1):333-68.
 11. Bueno R, Ferrari R, Jamil S. Tratamiento de recesiones y defectos mucogingivales mediante injertos de tejido conjuntivo en piezas dentarias e implantes. *Odontoestomatología.* 2015 Nov; 17(26): 35-46.
 12. Sanz M, Herrera D, Kerschull M, Chapple I, Jepsen S, Beglundh T, Sculean A, Tonetti M; EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul; 47 (Suppl 22):4-60.
 13. De la Fuente J, Sumano O, Sifuentes M, Zelocuatecatl A. Impact of Oral Health into the Quality of Life IN Geriatric Patients Requiring Dental Care. *Univ Odontol.* 2010; 29(63): 83-92.
 14. Diaz C, Casas I, Roldán J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. *Int. J. Odontostomat.* 2017 Abr ;11(1):31-9.
 15. Chambrone L, Tatakis D. Long-Term Outcomes of Untreated Buccal Gingival Recesions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Periodontol.* 2016 Jul;87(7):796-808.
 16. Bhat M, AlQahtani N, Khader M, Javali M, AlQahtani A. Knowledge and Interest in Treating Gingival Recession among Dental Practitioners in Saudi Arabia. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019 Jan ;7(1):139-42.

17. Grover V, Kapoor A, Malhotra R, Sachdeva S. Interest and satisfaction of dentists in practicing periodontics: A survey based on treatment of gingival recession. *Dent Res J (Isfahan)*. 2012 Jul;9(4):404-13.
18. López R, Avello R, Palmero D, Sánchez S, Quintana M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. *Rev Cub Med Mil*. 2019 ; 48(1): e390.
19. Ventura J, Arancibia M, Madrid E. La importancia de reportar la validez y confiabilidad en los instrumentos de medición: Comentarios a Arancibia et al. *Rev. méd. Chile*. 2017 Jul; 145(7): 955-956.
20. Baker P. Gingival Recession - Causes and Management. *Prim Dent J*. 2020 Jan 29;8(4):40-47.
21. Tello D, Flores C, Cañar G, Morocho A. Métodos para determinar el biotipo periodontal: Una revisión de la literatura. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2021;31(4): 289-94.
22. Zerón A. Fenotipo periodontal y recesiones gingivales: nueva clasificación. *Rev. ADM*. 2018;75(6):304–5.
23. Shao Y, Yin L, Gu J, Wang D, Lu W, Sun Y. Assessment of Periodontal Biotype in a Young Chinese Population using Different Measurement Methods. *Sci Rep*. 2018;8(1):1–8.
24. Kassab M, Cohen R. The etiology and prevalence of gingival recession. *The Journal of the American Dental Association*. 2003; 134(2):220–25.
25. Beltrán V, De La Roza G, Wilckens M, Fuentes R, Padilla M, Aillapan E, et al. Effects of Manual Tooth brushing on Gingival Recession in an Adult Population Sample in South of Chile. *Int. J. Odontostomat*. 2014 Dic; 8(3): 461-7.

26. Tezel A, Canakci V, Cicek Y, Demir T. Evaluation of gingival recession in left- and right-handed adults. *Int J Neurosci.* 2001; 110:135-146.
27. Salazar C, Paz de Gudiño M. Factores precipitantes en el desarrollo de recesión Gingival. *Acta odontol. venez.* 2002 Jun;40(2): 129-136.
28. Vignoletti F, Di Martino M, Clementini M, Di Domenico G, Sanctis M. Prevalence and risk indicators of gingival recessions in an Italian school of dentistry and dental hygiene: a cross-sectional study. *Clin Oral Investig.* 2020 Feb;24(2):991-1000.
29. Albandar J, Kingman A. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States,1988-1994. *J Periodontol .* 1999; 70:30-43.
30. Wagner T, Costa R, Rios F, Moura M, Maltz M, Jardim J, Haas A. Gingival recession and oral health-related quality of life: a population-based cross-sectional study in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016 Aug;44(4):390-9.
31. Goergen J, Costa R, Rios F, Moura M, Maltz M, Jardim J, Celeste R, Haas A. Oral conditions associated with oral health related quality of life: A population-based cross-sectional study in Brazil. *J Dent.* 2023 Feb; 129:104390.
32. Maia M, Souza J, Bertolini M, Costa R, Costa G, Torres S, Ferreira E, Martins A. Knowledge of bidirectional relationship between diabetes and periodontal disease among diabetes patients: A systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2023 Feb;21(1):28-40.
33. Naser M, Momani M, Naser A, Alarabeyat M, Altarawneh A, Aladwan A. Oral health profile and periodontal diseases awareness and knowledge among the

- jordanian population: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2023 Jul 19;23(1):503.
34. Alzammam N, Almalki A. Knowledge and awareness of periodontal diseases among Jordanian University students: A cross-sectional study. *J Indian Soc Periodontol*. 2019 Nov-Dec;23(6):574-579.
35. Kandasamy G, Almeleebia T. Assessment of Oral Health Knowledge, Attitudes, and Behaviours among University Students in the Asir Region-Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*. 2023 Dec 4;11(23):3100.
36. Zaher C, Hachem J, Puhan M, Mombelli A. Interest in periodontology and preferences for treatment of localized gingival recessions. A survey among Swiss dentists. *J Clin Periodontol*. 2005; 32:375–82.
37. Hernández S. Metodología de la investigación. 6ª Ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
38. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra*. 2011 Abr; 34(1): 63-72.
39. Ding C, Hershberger S. Assessing content validity and content equivalence using structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 2002; 9(2): 283-97.
40. Escobar J, Cuervo A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*. 2008; 6(1):27-36.
41. Skjong R, Wentworth B. Expert judgment and risk perception. *Proc. Int. Offshore Polar Eng. Conf*. 2001 Jan; 4:537–44.

42. McGartland D, Berg M, Tebb S, Lee E, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*. 2003; 27(2):94-104.
43. Torres J, Vera V, Zuzunaga F, Talavera J, De La Cruz J. Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de sal en la población peruana. *Rev. Fac. Med. Hum*. 2022;22(2):273-79.
44. Rios F, Costa R, Moura M, Jardim J, Maltz M, Haas A. Estimates and multivariable risk assessment of gingival recession in the population of adults from Porto Alegre, Brazil. *J Clin Periodontol*. 2014; 41:1098-107.
45. Górski B, Szerszeń M, Kaczyński T. Effect of 24% EDTA root conditioning on the outcome of modified coronally advanced tunnel technique with subepithelial connective tissue graft for the treatment of multiple gingival recessions: a randomized clinical trial. *Clinical oral investigations*. 2022 Feb;26(2):1761-72.
46. McGuire M, Janakievski J, Scheyer E, Velásquez D, Gunsolley J, Heard R, Morelli T. Efficacy of a harvest graft substitute for recession coverage and soft tissue volume augmentation: A randomized controlled trial. *J Periodontol*. 2022 Mar;93(3):333-42.
47. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures. A systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*. 2008 Sep; 35: 136–62.

48. Friesen L, Walker M, Kisling R, Liu Y, Williams K. Knowledge of risk factors and the periodontal disease-systemic link in dental students' clinical decisions. *J Dent Educ.* 2014 Sep;78(9):1244-51.

X. ANEXO 01
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA	VALORES	CATEGORÍAS
Nivel de conocimiento o sobre Recesiones Gingivales	Nivel de información acerca de las recesiones gingivales	Prevalencia de la Recesión gingival	2 preguntas por ítems.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto:0	Sobresaliente: 15-20 respuestas correctas. Aceptable: de 11- 14 respuestas correctas. Inadecuado 0-10
		Factores de susceptibilidad de la Recesión gingival	2 preguntas por ítems.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto:0	
		Factores de riesgo de la Recesión gingival	5 preguntas por ítems.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto:0	
		Sintomatología por recesión gingival	2 preguntas por ítems.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto:0	
		Tratamiento para Recesiones gingivales	7 preguntas por ítems.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto:0	
		Clasificación de la Recesión Gingival	2 preguntas por ítems.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto:0	

Co-Variable	Definición de conceptos	Definición operacional	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Valores	Categorías
Posgrado en odontología	Ciclo de estudios de especialización que se cursa tras el título de grado. Comprende los estudios de especialización profesional para optar un nuevo grado académico.	Profesional de salud cursando un posgrado.	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Especialidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periodoncia e implantes= PI 2. Rehabilitación oral= RO 3. Endodoncia= EN 4. Odontopediatria= OP 5. Ortodoncia y ortopedia maxilar= OOM 6. Estomatología de pacientes especiales= EDPE 7. Odontología Restauradora y estética= ORE 8. Cirugía Bucal y Maxilofacial= CBM
Años de experiencia	Años transcurridos desde la obtención del título hasta la actualidad	Años transcurridos que ejerce la carrera de odontología	Cuestionario	Cuantitativa	Ordinal	<p>Hasta 5 años</p> <p>Más de 5 años</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasta 5 años 2. Más de 5 años

ANEXO 02
CUESTIONARIO INICIAL

Emplee un lápiz o un bolígrafo de tinta negra para responder el cuestionario.
Todas las preguntas tienen opciones de respuesta. Elija la que considere correcta.
Solamente una opción. Marque con claridad la opción elegida con una cruz o tache,
Recuerde: NO se deben marcar dos opciones.

Si no puede contestar una pregunta o si la pregunta no tiene sentido para usted, por favor pregúntele al encuestador sobre su duda para que pueda ser aclarada.

CONFIDENCIALIDAD Sus respuestas serán anónimas y absolutamente confidenciales. Además, como usted puede ver, en ningún momento se le pide su nombre.

De antemano: **¡muchas gracias por su colaboración!**

1. Referente a su perfil odontológico personal, responda las siguientes preguntas:

Edad Sexo Año de egresado
Especialidad: si no mencione cual

2. Referente a su conocimiento sobre el tema **RECESIONES GINGIVALES**,
marque la opción que considere correcta

1. Ud. Considera que el desarrollo de recesiones gingivales en mujeres tiene una prevalencia..... que en hombres.

- mayor
- igual
- menor

2. Ud. Considera que la prevalencia de una o más recesiones gingivales puede con la edad.

- aumentar
- disminuir

3. Ud. considera que un fenotipo gingival grueso a diferencia de un fenotipo gingival delgado tiene probabilidad de producir recesión gingival.

- mayor
- igual
- menor

4. Ud. Considera que si hay una banda a 2mm de tejido queratinizado (KT), existe mayor probabilidad de presentar recesiones gingivales.

- mayor
- igual
- menor

5. Ud. Considera que, uno de los factores de riesgo de prevalencia para producir la recesión gingival es el traumatismo mecánico por cepillado dental.

- mayor
- menor

6. Ud. Considera que, el acúmulo de placa bacteriana durante el tratamiento ortodóntico puede ser un factor de riesgo para formar recesión gingival.

- mayor
- menor

7. Ud. Considera que, la colocación de piercing en boca tiene.....probabilidad de producir recesión gingival en comparación con los que no lo tienen.

- mayor
- igual
- menor

8. La hipersensibilidad dental por recesión gingival puede tratarse con restauraciones subgingivales; sin embargo, Ud. considera que esta debe tener contacto con el espacio biológico para evitar recesión gingival.

- mayor
- igual
- menor

9. Ud. Considera que la inflamación producida por acúmulo de placa bacteriana como el traumatismo mecánico por cepillado, son factores de prevalencia en el desarrollo de la recesión gingival.

- mayor
- igual
- menor

10. Los pacientes con recesiones gingivales consideran a la hipersensibilidad dental uno de los síntomas que tiene importancia que la alteración estética dental.

- mayor
- igual
- menor

11. Ud. Considera según la percepción del paciente sobre las recesiones gingivales, la alteración estética tiene impacto en la vida del paciente.

- gran
- poco
- ningún

12. Ud. considera que el recubrimiento radicular quirúrgico tiene probabilidades de éxito cuando el fenotipo gingival es delgado.

- gran
- igual
- poca

13. Ud. considera que los pacientes tienenaceptación al tratamiento quirúrgico que al tratamiento no quirúrgico para las recesiones gingivales.

- mayor
- igual
- menor

14. Ud. considera que en la terapia no quirúrgica el uso de cepillos eléctricos puede traer un beneficio para tratar las fuerzas excesivas al cepillado.

- mayor
- menor

15. Ud. considera que la técnica de colgajo desplazado coronalmente (CAF) tiene éxito en defectos de una sola recesión.

- mayor
- menor

16. Ud. considera que el injerto de tejido conectivo subepitelial (TCSE) junto a la técnica de tunelización presentapredictibilidad de resultados positivos para múltiples recesiones gingivales.

- mayor
- igual
- menor

17. Ud. considera que el sitio dador de tejido conectivo de.....uso en la terapia quirúrgica es el paladar.

- mayor
- menor

18. Ud. considera que el colgajo de avance coronal más un injerto de tejido conectivo (ITC) constituye el tratamiento con..... eficacia en recesión con o sin pérdida de inserción clínica interproximal.

- mayor
- igual
- menor

19. En la clasificación de Cairo de recesiones gingivales, RT1 representan defectos asociados con probabilidad de desarrollarse por el cepillado dental traumático.

- mayor
- menor

20. En la clasificación de Cairo de recesiones gingivales, RT3 es cuando la pérdida proximal esa la pérdida vestibular.

- mayor
- igual
- menor

ANEXO 3 CUESTIONARIO FINAL

Emplee un lápiz o un bolígrafo de tinta negra para responder el cuestionario. Todas las preguntas tienen opciones de respuesta. Elija la que considere correcta. Solamente una opción. Marque con claridad la opción elegida con una cruz o tache, Recuerde: NO se deben marcar dos opciones.

Si no puede contestar una pregunta o si la pregunta no tiene sentido para usted, por favor pregúntele al encuestador sobre su duda para que pueda ser aclarada.

CONFIDENCIALIDAD Sus respuestas serán anónimas y absolutamente confidenciales. Además, como usted puede ver, en ningún momento se le pide su nombre.

De antemano: **¡muchas gracias por su colaboración!**

3. Referente a su perfil odontológico personal, responda las siguientes preguntas:

Edad Sexo Año de egresado
Especialidad: si no mencione cual

4. Referente a su conocimiento sobre el tema **RECESIONES GINGIVALES**, marque la opción que considere correcta

1. Ud. Considera que las mujeres tienen prevalencia de presentar recesiones gingivales en comparación con los hombres.

- mayor
- igual
- menor

2. Ud. Considera que la prevalencia de una o más recesiones gingivales puede con la edad.

- aumentar
- disminuir

3. Ud. considera que un fenotipo gingival grueso a diferencia de un fenotipo gingival delgado tiene probabilidad de producir recesión gingival.

- mayor
- igual
- menor

4. Ud. Considera que la presencia de una banda a 2mm de tejido queratinizado (KT) aumentará la probabilidad de presentar recesiones gingivales.

- mayor
- igual
- menor

5. Ud. Considera al traumatismo mecánico por cepillado dental uno de los factores de riesgo de prevalencia para producir la recesión gingival.

- mayor
- menor

6. Ud. Considera que el acúmulo de placa bacteriana durante el tratamiento ortodóntico puede ser un factor de riesgo para formar recesión gingival.

- mayor
- menor

7. Ud. Considera que los pacientes con piercing en boca o lengua tienen probabilidad de producir recesión gingival en comparación con los que no lo tienen.

- mayor
- igual
- menor

8. Ud., considera que los márgenes de las restauraciones subgingivales que tienen..... contacto con el espacio biológico influyen en el desarrollo de las recesiones gingivales.

- mayor
- igual
- menor

9. Ud. Considera que los hábitos adecuados de higiene oral causan probabilidades de desarrollar recesión gingival.

- mayor
- menor

10. Usted considera a la hipersensibilidad dental por recesión gingival se debe a exposición de dentina en zona cervical.

- mayor
- menor

11. Ud. Considera que la alteración estética por recesión gingival tiene impacto en la calidad de vida del paciente.

- gran
- poco
- ningún

12. Ud. considera que el recubrimiento radicular quirúrgico en un paciente con fenotipo gingival delgado tiene probabilidad de éxito.

- gran
- igual
- poca

13. Ud. considera que los pacientes tienenaceptación al tratamiento quirúrgico que al no quirúrgico para las recesiones gingivales.

- mayor
- igual
- menor

14. Ud. considera que en la terapia no quirúrgica el uso de cepillos eléctricos puede traer un beneficio para tratar las fuerzas excesivas al cepillado.

- mayor
- menor

15. Ud. considera que la técnica de colgajo desplazado coronalmente (CAF) tiene éxito en defectos de una sola recesión.

- mayor
- menor

16. Ud. considera que el injerto de tejido conectivo subepitelial (TCSE) junto a la técnica de tunelización presentapredictibilidad de resultados positivos para múltiples recesiones gingivales.

- mayor
- igual
- menor

17. Ud. considera que el sitio dador de tejido conectivo deuso en la terapia quirúrgica es el paladar.

- mayor
- menor

18. Ud. considera que el colgajo de avance coronal más un injerto de tejido conectivo (ITC) constituye el tratamiento con..... eficacia en recesión con o sin pérdida de inserción clínica interproximal.

- mayor
- igual
- menor

19. En la clasificación de Cairo de recesiones gingivales la RT1 representan defectos asociados con probabilidad de desarrollarse por el cepillado dental traumático.

- mayor
- menor

20. En la clasificación de Cairo de recesiones gingivales la RT3 es cuando la pérdida proximal esa la pérdida vestibular.

- mayor
- igual
- menor

ANEXO 05

KUDER-RICHARDSON

Pregunta	Kuder- Richardson
1	0.45
2	0.95
3	0.80
4	0.50
5	0.90
6	0.95
7	0.50
8	0.75
9	0.90
10	1.00
11	0.90
12	0.30
13	0.60
14	0.65
15	0.95
16	0.70
17	0.55
18	0.70
19	0.75
20	0.70

Kuder- Richardson	N de elementos
0.70	20

ANEXO 06

CORRELACION DE PEARSON

Test	ReTest
16	15
12	15
17	17
19	17
13	14
12	15
16	16
12	15
11	13
18	16
13	14
17	16
15	16
18	16
10	13
9	11
13	14
18	17
13	14
18	14

Medida de correlacion de Pearson.

$r= 0.8108$

ANEXO 07

CAR-FE-DACE-122-22

Lima, 30 de noviembre de 2022

Alumna

Natalie Nicole Chininin Veliz

Maestría en Estomatología

Facultad de Estomatología

Presente.-

Estimada Alumna Chininin

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarla cordialmente y al mismo tiempo en respuesta a lo solicitado,

esta Jefatura brindará las facilidades de acceso para el desarrollo de su investigación titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS RECESIONES GINGIVALES DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA” y ejecutar su prueba piloto dirigida a los estudiantes de pregrado del último año del Departamento Académico de Clínica Estomatológica, que se realizaran a partir del 1 de diciembre del 2022.

Asimismo indicar que todas las coordinaciones se deberán realizar con la Doctora María Maldonado Mendoza Coordinadora de la Clinica Integral del adulto V.

Agradeciendo la atención que brinde a la presente, quedo de usted.

Cordialmente



Dr. Carlos Mendiola Aquino

Jefe

Dpto. de Clínica Estomatológica
Facultad de Estomatología

ANEXO 8

CAR-FAEST-VD-DAMCIBUM-049-2023

Lima, 03 de abril de 2023

Señorita

Natalie Nicole Chinin Veliz

Alumna, Maestría en Estomatología

Facultad de Estomatología

Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla y comunicar que su solicitud para realizar su trabajo de investigación, titulado: *“Nivel de conocimiento sobre las recesiones gingivales de los estudiantes de segunda especialidad de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia”*, ha sido aceptada, de manera que podrá realizar su prueba piloto a través de un cuestionario aplicado a los alumnos de pregrado del curso de Internado Hospitalario Estomatológico.

En virtud de ello y habiendo contactado al Dr. Leopoldo Meneses Rivadeneira, Coordinador del mencionado curso, la ejecución de su prueba piloto, será previa coordinación entre la Dra. Leyla Delgado Cotrina, en calidad de tutora y mi persona.

Agradezco su amable atención que brinde a la presente.

Atentamente,



Dr. Carlos Espinoza Montes

Jefe

Departamento Académico de Medicina y
Cirugía Bucocomaxilofacial

ANEXO 9

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)

Título del estudio: Nivel de conocimiento sobre las recesiones gingivales de los estudiantes de segunda especialidad de la facultad de estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Investigador (a): Natalie Chininin Veliz

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar de un estudio para evaluar el nivel de conocimiento de los odontólogos sobre recesiones gingivales. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la universidad Peruana Cayetano Heredia.

La recesión gingival es la migración apical de margen gingival que tiene como característica clínica la exposición de la raíz del diente, presente en la población en más del 50%. Es por ello que los odontólogos deben conocer sobre esta lesión para un correcto diagnóstico y plan de tratamiento lo que llevaría a una mejora en la calidad de vida del paciente.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

- 1) Se solicitará llenar información sobre su perfil odontológico personal al inicio del cuestionario, el cual solo recauda la información de su edad, sexo, año de egreso y la especialidad de estudio.
- 2) Se le pedirá llenar el cuestionario respecto a recesiones gingivales de acuerdo a lo que usted considere correcto. Este cuestionario constara de 20 preguntas divididas en 2 preguntas sobre prevalencia, 2 preguntas sobre factores de susceptibilidad, 5 preguntas sobre factores de riesgo, 2 preguntas para sintomatología, 7 preguntas sobre tratamientos y 2 de clasificación. Con una duración de aproximadamente 30 minutos.

Riesgos:

No existe ningún riesgo en el presente estudio, ya que constara solo de un cuestionario.

Beneficios:

El resultado obtenido en este estudio no brindará un beneficio personal al encuestado; sin embargo, se les brindará la información de los resultados y el acceso a los artículos científicos sobre recesiones gingivales a los participantes que lo soliciten.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)

Título del estudio: Nivel de conocimiento sobre las recesiones gingivales de los estudiantes de segunda especialidad de la facultad de estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Investigador (a): Natalie Chininin Veliz

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Costos y compensación

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad

Nosotros no tendremos su información personal solo lo referente a su perfil odontológico (edad, sexo, año de egreso y especialidad), de igual forma si los resultados de este estudio son publicados, no se podrá mostrar ninguna información que identifique al participante.

Derechos del participante

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a la Dra. Natalie Chininin Veliz al teléfono [REDACTED].

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACION Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombres y Apellidos Participante

Natalie Chininin veliz

Firma



Fecha y Hora

**Nombres y Apellidos Investigador
Hora**

Firma

Fecha y

ANEXO 10



VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA 159-14-23

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo la categoría de revisión **EXPEDITA**.

Título del Proyecto : "Nivel de conocimiento sobre las recesiones gingivales de los estudiantes de segunda especialidad de la facultad de estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia"

Código de inscripción : 210084

Investigador(a) principal(es) : Chinimín Veliz, Natalie Nicole

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. Protocolo de investigación, versión recibida en fecha 28 de marzo del 2023.
2. Consentimiento informado (Adultos), versión recibida en fecha 28 de marzo del 2023.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada seis meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 27 de marzo del 2024.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 28 de marzo del 2023.



Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/s/

ANEXO 11

CAR-FE-DPE-SM-0646-2022

Lima, 29 de noviembre de 2022

Doctor

José Ignacio Chávez Paz

Director

Dirección Administrativa

Facultad de Estomatología

Presente.-

Estimado doctor Chávez:

Tengo el agrado de presentar a la CD **NATALIE NICOLE CHINININ VELIZ** estudiante de primer año del Programa de Maestría en Estomatología de la Unidad de Posgrado y Especialización Estomatología de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La profesional Chininin, se encuentran realizando su investigación: "**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS RECESIONES GINGIVALES DE LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA**" con registro SIDISI N° 210084.

Por ello, agradeceré tenga a bien brindar las facilidades (acceso a las instalaciones clínicas del Centro Dental Docente sedes SMP y San Isidro para realizar cuestionarios a los estudiantes del Posgrado) a fin de poder desarrollar su proyecto de investigación, el cual será de gran aporte y beneficio a nuestra profesión.

Atentamente,



Mg. Janett Mas López

Jefa Adjunta

Unidad de Posgrado y Especialización

Kelly P.

ANEXO 12
APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

