



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PERIODONCIA E IMPLANTOLOGÍA

TÍTULO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ODONTÓLOGOS
ACERCA DE LA TERAPIA PERIODONTAL NO QUIRÚRGICA**

ALUMNA

Mg. Rocío del Pilar Bocanegra Arista

ASESOR

Mg. Esp. Marco Antonio Alarcón Palacios

Lima - Perú

2019

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
I. INTRODUCCIÓN	4
II. OBJETIVOS	7
II.1. Objetivo general	7
II.2. Objetivos específicos	8
III. MATERIALES Y MÉTODOS	8
IV. RESULTADOS	12
V. DISCUSIÓN	14
VI. CONCLUSIONES	18
VII. CONFLICTO DE INTERÉS	18
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
TABLA 1	22
TABLA 2	23
TABLA 3	24
GRÁFICO 1	25
ANEXOS	

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad periodontal es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestra población, puede provocar la pérdida dental y comprometer el estado sistémico del individuo. Los odontólogos tienen un rol importante en el mantenimiento de la salud periodontal de la población, por lo que, no deben ser ajenos a temas de prevención y terapia inicial de la enfermedad periodontal. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, en 92 odontólogos. Se elaboró un cuestionario sobre la terapia periodontal no quirúrgica en base a publicaciones de meta-análisis en revistas indexadas, el cual fue validado mediante el juicio de expertos y el análisis de V de Aiken; la prueba de test y re-test y el análisis del Momento de Pearson; y la confiabilidad se determinó mediante el análisis de Alpha de Cronbach. Para el análisis estadístico se aplicó la prueba de Chi-cuadrado ($p < 0,05$) para evaluar la asociación entre variables. **Resultados:** Se encontró que el nivel de conocimiento fue bajo para 50% de odontólogos, medio para el 31.5% y alto para el 18.5%. Se encontró diferencia significativa entre odontólogos egresados de la especialidad de Periodoncia e Implantes y los no egresados de la especialidad. No hubo diferencias significativas con las demás variables. **Conclusión:** La mayoría de los odontólogos tienen un nivel de conocimiento bajo acerca de la terapia periodontal no quirúrgica.

Palabras clave: Conocimiento, Estudios de Validación, Periodoncia.

ABSTRACT

Background: Periodontal disease is one of the most prevalent chronic diseases in our population, it can cause tooth loss and compromise the systemic health of the individual. Dentists have an important role in the maintenance of the periodontal health of the population, therefore, they should not be unrelated to issues of prevention and initial therapy of periodontal disease. **Objective:** To evaluate the level of knowledge of dentists about non-surgical periodontal therapy. **Materials and Methods:** A descriptive, observational and transversal study was carried out in 92 dentists. A questionnaire on non-surgical periodontal therapy was elaborated based on meta-analysis publications in indexed journals, which was validated by a expert judgment and the Aiken's V test; the test and re-test and the Pearson's Moment analysis; and the reliability was assessed by the Cronbach's Alpha test. For the statistical analysis, the Chi-square test ($p < 0.05$) were applied to evaluate the association between variables. **Results:** 50% of respondent dentists had low level, 31.5% had medium level and 18.5% had good level of knowledge. A significant difference was found between dentists graduated from the Periodontics and Implants's speciality and non-graduates of the specialty. There were no significant differences with the other variables. **Conclusion:** Most dentists have a low level of knowledge about non-surgical periodontal therapy.

Key words: Knowledge, Validation Studies, Periodontics.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es una enfermedad infecciosa, causada por bacterias y modulada por el huésped, caracterizada por la inflamación de los tejidos que sostienen los dientes, lo que puede conducir a la destrucción del ligamento periodontal y del hueso alveolar, y también a la pérdida de dientes. (1)

Actualmente, la prevalencia de la enfermedad periodontal es alta y es considerada como un problema de salud pública. Este dato fue confirmado por un estudio realizado, a través de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES, siglas en inglés), donde se encontró que el 46% (64.7 millones) de adultos en Estados Unidos, tienen periodontitis y los hispanos presentaron la mayor tasa de prevalencia (63.5%) en el periodo de 2009-2012. (2)

Debido a estas cifras altas de prevalencia, debemos hacer énfasis en la prevención primaria de la periodontitis, siendo un gran desafío para los odontólogos, pues es necesario empatizar con el paciente y motivarlo a cumplir con técnicas de higiene oral necesarias para mantener la salud periodontal.

La periodoncia es la especialidad de la odontología que abarca la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los tejidos de soporte y circundantes de los dientes o sus sustitutos; el mantenimiento de la salud, función y estética de estas estructuras y tejidos; y la sustitución de dientes perdidos y estructuras de soporte mediante injertos o implantes de dispositivos, materiales naturales y/o sintéticos. (3)

El tratamiento de la periodontitis tiene como objetivo prevenir una mayor progresión de la enfermedad, minimizar los síntomas de la enfermedad, restaurar los tejidos perdidos y ayudar a los pacientes a mantener un periodonto sano. (4,5,6) El tratamiento periodontal utiliza una gran cantidad de intervenciones terapéuticas para lograr estos objetivos,

incluidas las técnicas de cambio de comportamiento, como: instrucciones de higiene oral adaptadas individualmente; apoyo para dejar de fumar; intervención dietética; instrumentación subgingival para eliminar la placa y el cálculo; farmacoterapia local y sistémica; y en algunos casos más graves, cirugía periodontal. (2)

La terapia periodontal no quirúrgica es la primera fase del tratamiento que aborda todos los factores locales y del huésped que impactan en el desarrollo y la progresión de la enfermedad periodontal. (6,7) Dentro de las estrategias de la terapia periodontal no quirúrgica tenemos: control de placa, eliminación de factores retentivos de placa, raspado y alisado radicular, tratamiento de coadyuvantes de terapia inicial (uso de antibióticos sistémicos, tratamiento con antimicrobianos locales, modulación del huésped, desinfección de boca completa y uso de láseres) y reevaluación post-tratamiento. (6,7,8,9)

En el 2011, el Consejo de Asuntos Científicos (CSA, siglas en inglés) de la Asociación Dental Americana (ADA) desarrolló una guía de práctica clínica de terapia periodontal no quirúrgica, donde describe el procedimiento de raspado y alisado radicular con o sin coadyuvantes según la base de una revisión sistemática. Este informe resume los resultados de la revisión sistemática y tiene la intención de ayudar al clínico en el manejo no quirúrgico de la periodontitis crónica y provee una guía de práctica clínica basada en evidencia científica. (9,10,11)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), sugiere que el profesional de la salud emplee la evidencia científica en su práctica clínica. (12) Los odontólogos, como parte del área de la salud, tienen la obligación de promover y guiar a la población para el mantenimiento de una salud periodontal, por lo que deben tener un nivel de conocimiento óptimo sobre el tema.

Para medir el nivel de conocimiento, es necesario tener un instrumento de recolección de datos, que permita registrar la información sobre las variables del estudio y posteriormente realizar la medición. (13) El instrumento de medición más utilizado es el cuestionario, basado en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir, éstas pueden ser cerradas o abiertas. (13) Las preguntas deben ser claras, precisas y comprensibles para los sujetos encuestados, deben ser breves, con vocabulario simple, directo y fácil de entender para los participantes, sin incomodar a la persona encuestada ni amenazantes o juiciosas, deben referirse a un solo aspecto o una relación lógica, no deben de inducir a las respuestas, se debe evitar preguntas en negación, no deben hacerse preguntas racistas ni sexistas que ofendan a los participantes. (13)

Para garantizar la calidad de medición es imprescindible que los instrumentos sean sometidos a un proceso de validación. (14,15)

La validación de un instrumento es un proceso continuo y dinámico que va adquiriendo más consistencia cuantas más propiedades psicométricas se hayan medido en distintas culturas, con distintas poblaciones y sujetos. (15)

Según Hernández-Sampieri, *“Cualquier instrumento de recolección de datos debe cubrir tres requisitos: confiabilidad, validez y objetividad”* (13)

La confiabilidad se refiere al grado en que la aplicación repetida de un instrumento de medición, a los mismos individuos u objetos, produce resultados iguales. Los métodos más conocidos para realizar su cálculo son: la medida de estabilidad, formas alternas, mitades partidas y medidas de consistencia interna. (13,15) Según algunos autores, el margen aceptable para los coeficientes de confiabilidad se sitúa entre 0,7 y 0,9. (15)

La validez se refiere al grado en que un instrumento de medición mide realmente las variables que pretende medir. Un instrumento debe ser válido en contenido, criterio y

constructo. La validez de contenido se obtiene al contrastar el universo de ítems frente a los ítems presentes en el instrumento de medición; la validez de criterio se obtiene al comparar los resultados de la aplicación del instrumento de medición frente a los resultados de un criterio externo y la validez de constructo se puede determinar mediante el análisis de factores y al verificar la teoría subyacente. (13,15)

La objetividad se refiere al grado en que el instrumento es permeable a los sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan. La objetividad se refuerza mediante la estandarización en la aplicación del instrumento y en la evaluación de los resultados. (13)

Es importante tener instrumentos validados en el ámbito de la salud oral en el idioma original para poder comparar con resultados obtenidos en estudios realizados a nivel nacional e internacional. (16)

Los odontólogos tienen un rol importante en la educación de la salud oral de la comunidad, y es necesario saber si tienen el nivel de conocimiento adecuado acerca de las estrategias de prevención y tratamiento de enfermedades periodontales. Es por ello que el propósito de la presente investigación fue evaluar el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica.

II. OBJETIVOS

II.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica.

II.2. Objetivos Específicos

1. Validar un instrumento para valorar el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica.
2. Determinar el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica, según sean o no egresados de la especialidad de Periodoncia e Implantes.
3. Determinar el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica, según años de experiencia.
4. Determinar el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica, según sexo.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, con el fin de evaluar el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica.

Para la elaboración del instrumento se realizó una búsqueda electrónica sobre terapia periodontal no quirúrgica en 7 revistas indexadas de odontología con publicaciones de meta-análisis: Journal of Periodontology, Journal of clinical periodontology, Journal of Periodontal Research, The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, Journal of Periodontal & Implant Science, International Journal of Dental Hygiene y Journal of Dental Research, para tal motivo usamos el buscador PubMed con la siguiente ruta de búsqueda: (((((((("Journal of periodontology"[Journal]) OR "Journal of clinical periodontology"[Journal]) OR "Journal of periodontal research"[Journal]) OR "The International journal of periodontics & restorative dentistry"[Journal]) OR "Journal of periodontal & implant science"[Journal]) OR "International journal of dental

hygiene"[Journal]) OR "Journal of dental research"[Journal])) AND (((meta-analysis) OR metaanalysis) OR meta analysis). Además se realizó una búsqueda en la biblioteca virtual del grupo Cochrane, siguiendo la siguiente ruta: *Dentistry and Oral Health (Periodontal disease, Associated condition, Prevention, Treatment)*. Luego se realizó una lista de la totalidad de meta-análisis encontrados en ambas búsquedas y se resaltó con amarillo los estudios sobre terapia periodontal no quirúrgica, con verde los estudios que podrían ser sobre terapia periodontal no quirúrgica y rojo los correspondientes a otros temas. Los resaltados con color verde se leyó el abstract o de ser necesario el artículo completo para decidir si habla sobre el tema. Los resaltados de color rojo fueron eliminados. Teniendo la lista completa de meta-análisis, se tomaron los estudios con fecha de publicación desde el año 2012 al 2017, para tener base teórica actualizada de las últimas estrategias sobre el tema. Se realizó la lectura, comprensión y confección de los resúmenes de los meta-análisis seleccionados y se desarrolló un cuestionario inicial (Anexo 02), basado en los resultados de meta-análisis sobre terapia periodontal no quirúrgica, el cual contó con un total de 15 preguntas tipo enunciado incompleto divididos en 5 tópicos: control de placa (3), raspado y alisado radicular (3), terapia coadyuvante (2), factores sistémicos (4) y mantenimiento periodontal (3).

El cuestionario fue sometido a una validación que se realizó mediante el juicio de expertos, conformado por un odontólogo doctor en Periodoncia y Medicina Oral, tres odontólogos especialistas en Periodoncia e Implantes y un odontólogo master en Clinical Education, todos los jueces con más de 10 años de experiencia: Alberto Monje, Lilian Málaga, Ruth Castillo, Patricia Horna y Christian Lizárraga. Se envió a cada uno de ellos una ficha mediante la cual realizaron la evaluación de cada una de las preguntas del cuestionario. Luego se procedió a realizar las modificaciones al cuestionario inicial según las observaciones y correcciones de los jueces expertos, para llegar al cuestionario final

(Anexo 03). Se usó el coeficiente V de Aiken para evaluar la validez del contenido y se obtuvo como puntaje 0.80, lo que quiere decir que el cuestionario es válido en contenido (Anexo 04). La confiabilidad del cuestionario se analizó mediante la prueba de Alpha de Cronbach obteniendo un valor general de 0.98, que quiere decir que el cuestionario es confiable (Anexo 05). La validez de constructo se determinó mediante el análisis factorial y la validez de criterio se determinó mediante la prueba de test y re-test para lo cual se aplicó el cuestionario en un momento determinado a 40 odontólogos y se volvió a aplicar el mismo cuestionario a los mismos odontólogos 1 semana después. Se realizó el análisis del test y re-test y el análisis del momento Pearson, obteniendo un valor de 0.88. (Anexo 06)

La muestra se calculó mediante el programa estadístico Epidat 4.0, se empleó el módulo de cálculo de tamaño muestral para poblaciones finitas con variable cualitativa, la población fue conformada por odontólogos asistentes a cursos de Periodoncia del programa de Educación Continua de la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante el año 2018, el total fue de 125 odontólogos y una probabilidad del evento de 0.50 (utilizando la probabilidad del azar debido a que no existe estudios previos en la población de estudio), dando como resultado un tamaño muestral de 92 odontólogos. Se obtuvo la aprobación del Comité institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para la ejecución del estudio, con lo cual se convocó a los odontólogos a una conferencia gratuita: “Decisiones clínicas en Periodoncia e Implantes” realizada en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, sede Salaverry de Lima, durante el año 2018. Se recolectaron 92 cuestionarios para el presente estudio.

Para la participación de los asistentes se explicó de manera clara los objetivos del estudio y se entregó un consentimiento informado (Anexo 07), ocupando un asiento por cada carpeta del auditorio en la Unidad de Posgrado y Especialización de la Sede San Isidro

en la fecha y hora acordada previamente. Se acondicionó el ambiente adecuado para la recepción de los participantes, tratándose de controlar todas las variables. Posterior a su aceptación a participar en el estudio, se entregó el cuestionario para su desarrollo en un tiempo de 45 minutos. El cuestionario resuelto fue devuelto al investigador principal en forma anónima. Terminado el cuestionario se inició la conferencia: “Decisiones clínicas en Periodoncia e Implantes” realizado por el investigador principal con la colaboración de un experto en el área, dándoles a los participantes un resumen de la evidencia meta-analítica sobre terapia periodontal no quirúrgica.

Los resultados obtenidos se vaciaron en una base de datos en el programa Excel para su análisis estadístico. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 21, con un nivel de significancia de 0.05 que corresponde a un intervalo de confianza del 95 %. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado ($p < 0,05$).

El nivel de conocimiento fue categorizado por cuartiles (Q1, Q2, Q3) de manera proporcional en 3 niveles de acuerdo al número de respuestas correctas, siendo bajo de 4 a 8 respuestas correctas, medio de 9 a 10 respuestas correctas y alto de 11 a 14 respuestas correctas.

Se aplicó la prueba Chi cuadrado para evaluar la asociación entre nivel de conocimiento con las co-variables egresado de Periodoncia, años de experiencia y sexo. (17)

IV. RESULTADOS

El cuestionario fue validado. La confiabilidad del cuestionario se analizó mediante la prueba de Alpha de Cronbach obteniendo un valor general de 0.98, que quiere decir que el cuestionario es confiable. Se usó el coeficiente V de Aiken para evaluar la validez del contenido y se obtuvo como puntaje 0.80, lo que quiere decir que el cuestionario es válido en contenido. La validez de constructo se determinó mediante el análisis factorial y la validez de criterio con el análisis del test y re-test y análisis del momento Pearson, obteniendo un valor de 0.88.

Este estudio incluyó un total de 92 odontólogos que asistieron a la Conferencia: “Decisiones Clínicas en Periodoncia e Implantes” en la Universidad Peruana Cayetano Heredia en la sede Salaverry-Lima en el 2018, de los cuales, el 58.7% (n=54) fueron del sexo femenino y el 41.3% (n=38) del sexo masculino. El rango de edad de los participantes fue de 22 a 64 años de edad, siendo la edad promedio de 31.7 años (DE= 8.6); la mayoría de participantes fueron egresados de la Especialidad de Periodoncia e Implantes 58.7% (n=54), mientras que los no egresados de la especialidad estuvieron conformados por el 41.3% (n=38); la mayoría de participantes tienen de 1 a 5 años de experiencia 41.3% (n=38), mientras que los que tienen más de 5 años estuvieron conformados por el 58.7% (n=54). (Tabla 1)

El nivel de conocimiento de los odontólogos evaluados en general fue bajo para 46 (50%), medio para 29 (31.5%) y alto para 17 (18.5%). (Tabla 2).

En la evaluación del nivel de conocimiento según sean o no egresados de la especialidad de Periodoncia e Implantes se encontró que, los odontólogos que son egresados de la especialidad representan el 58.7% de la muestra total. De ellos 19 (35.2%) tienen un nivel de conocimiento bajo, 18 (33.3%) tienen un nivel de conocimiento medio y 17 (31.5%)

tiene un nivel de conocimiento alto. Los odontólogos que no son egresados de la especialidad representan el 41.3% de la muestra y de ellos 27 (71.1%) tiene un nivel de conocimiento bajo, 11 (29%) tienen un nivel de conocimiento medio y ninguno tiene un nivel de conocimiento alto. Se encontró diferencia significativa entre ambos grupos. (Tabla 2)

Según los años de experiencia, se encontró que de los 38 odontólogos que ejercen la profesión entre 1 a 5 años, 20 (52.6 %) tienen un nivel de conocimiento bajo, 15 (39.5%) tienen un nivel de conocimiento medio y 3 (25.9%) tienen un nivel de conocimiento alto; de los 54 odontólogos que ejercen la profesión por más de 5 años, 26 (48.1%) tiene un nivel de conocimiento bajo, 14 (25.9%) nivel de conocimiento medio y 14 (25.9%) nivel de conocimiento alto. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambas categorías. (Tabla 2)

El nivel de conocimiento según el sexo se encontró que, de los 38 odontólogos de sexo masculino, 19 (50%) tenía un nivel de conocimiento bajo, 12 (31.6%) nivel de conocimiento medio y 7 (18.4%) nivel de conocimiento alto. De las 54 mujeres 27 (50%) tenía un nivel de conocimiento bajo, 17 (31.5%) nivel de conocimiento medio y 10 (18.5%) nivel de conocimiento alto. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos. (Tabla 2)

La pregunta N° 8, acerca del efecto de la administración de antibióticos sistémicos orales adjuntos al raspado y alisado radicular en la resolución de la periodontitis agresiva, fue respondida correctamente por la mayoría de odontólogos (90.2%); mientras que la mayoría respondió incorrectamente a la pregunta N° 5 (71.7%), acerca de la comparación del dolor post-terapia periodontal entre el raspado y alisado radicular a boca completa y por cuadrantes. (Tabla 3) (Gráfico 1)

V. DISCUSIÓN

En la presente investigación se elaboró y validó un instrumento de medición para evaluar el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica. Para ello se elaboró un cuestionario basado en resultados de meta-análisis sobre el tema, en este cuestionario se incluyó preguntas acerca del control de placa, raspado y alisado radicular, terapia coadyuvante, factores sistémicos y mantenimiento periodontal.

Debido a la diversidad de información que existe sobre terapia periodontal no quirúrgica, utilizamos meta-análisis por ser la evidencia de más alto nivel, el cual nos debería dar las pautas clínicas para una mejor atención de nuestros pacientes. El meta-análisis resume cuantitativamente los resultados procedentes de un grupo de investigaciones sobre un mismo tema, buscando encontrar la mejor opción de tratamiento. (18)

Nuestro cuestionario fue validado en contenido mediante el juicio de expertos y V de Aiken, en criterio mediante la prueba de test y re-test y el análisis del momento de Pearson y en constructo mediante el análisis factorial; también se determinó la confiabilidad mediante el análisis de Alpha de Cronbach. De este modo este cuestionario fue adecuado y válido para evaluar el nivel de conocimiento de odontólogos acerca de terapia periodontal no quirúrgica.

Al revisar la literatura se encontraron pocos estudios que evalúan el nivel de conocimiento de odontólogos sobre terapia periodontal no quirúrgica. Nuestro cuestionario fue respondido por 92 odontólogos. La mayoría fueron egresados de la especialidad de Periodoncia e Implantes (58.7%), debido al tema elegido para la conferencia: “Decisiones clínicas en Periodoncia e Implantes”; la cual fue realizada con el fin de reunir a los odontólogos para la ejecución de la presente investigación. Una investigación similar a la

nuestra fue desarrollada por Sathyamurthy y cols. 2018, quienes evaluaron el conocimiento de los odontólogos acerca del diagnóstico, estrategias de tratamiento y opiniones sobre procedimientos de terapia periodontal, donde el cuestionario utilizado fue sometido a una validación por juicio de expertos, de la misma forma que nuestro instrumento, y obtuvieron un valor de alfa de Cronbach > 0.75 . (19)

Los resultados de nuestra investigación nos indican que el 50% de odontólogos evaluados tienen un nivel de conocimiento bajo y sólo el 18.5% tiene un nivel de conocimiento alto; por otro lado, Sathyamurthy y cols. 2018 concluyeron que el 64.8% de odontólogos respondieron correctamente las preguntas del cuestionario, sin embargo estos resultados no son satisfactorios, pues los autores consideran que todos los odontólogos deben tener conocimiento alto acerca de la terapia periodontal para poder instruir y tratar a sus pacientes (19). Cabe destacar que, nosotros también esperábamos un resultado contrario, debido a que la mayoría de odontólogos son egresados de la especialidad de Periodoncia e Implantes, y asistentes a cursos de educación continua, suponiendo un nivel de conocimiento más alto sobre el tema. Esto puede deberse al pensamiento erróneo de la mayoría de odontólogos, que la terapia periodontal no quirúrgica abarca procedimientos usuales o de rutina y no creen necesaria la búsqueda de información, capacitación y actualización sobre nuevas estrategias de prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal.

En la presente investigación no se encontró diferencia significativa entre el nivel de conocimiento de odontólogos que ejercen la profesión de 1 a 5 años y odontólogos con más de 5 años de experiencia. Similar resultado obtuvieron Richards y cols. 2014, en su investigación donde compararon el conocimiento acerca de salud oral entre odontólogos, otros profesionales de salud y población general de Gales, Reino Unido, tampoco encontraron diferencias significativas del número de respuestas correctas cuando

analizaron años de experiencia profesional en el grupo de odontólogos. (20) Esto podría deberse a que los profesionales jóvenes podrían contrarrestar los años de experiencia con el fácil acceso a la información científica actualizada. Esto difiere del estudio de Friesen y cols. 2014, donde evaluaron el conocimiento sobre los factores de riesgo de periodontitis y su asociación con condiciones sistémicas en estudiantes de odontología de la Universidad de Kansas, Estados Unidos; donde se encontró que el nivel de conocimiento fue bueno e incrementaba conforme los estudiantes tenían más entrenamiento clínico. (21)

La pregunta N° 8, acerca del efecto de la administración de antibióticos sistémicos orales adjuntos al raspado y alisado radicular en la resolución de la periodontitis agresiva, fue respondida correctamente por la mayoría de odontólogos (90.2%); pues basado en el meta-análisis de Rabelo y cols 2015 (22), la terapia antibiótica en pacientes con enfermedad periodontal agresiva mejora los resultados de la terapia periodontal; esto podría deberse a los pocos cambios que ha sufrido en los últimos años en lo que respecta a indicaciones, dosis y frecuencia de antibióticos para pacientes con periodontitis agresiva, lo cual no es necesaria una actualización de conocimiento en los profesionales.

Por otro lado, la mayoría respondió incorrectamente la pregunta N° 5 (71.7%), acerca de la comparación del dolor post-terapia periodontal entre el raspado y alisado radicular a boca completa y por cuadrantes, el cual basado en los resultados del meta-análisis realizado por Fang y cols. 2016 (23), no encontraron diferencia significativa en cuanto al dolor post-terapia periodontal entre ambas modalidades de tratamientos, esto podría interpretarse debido a que la mayoría de los odontólogos piensan que el raspado y alisado radicular a boca completa por ser de mayor duración ocasionaría mayor dolor post operatorio que el raspado y alisado radicular por cuadrantes, donde el tiempo operatorio se divide en 4 citas.

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación, se debe considerar que la selección de la muestra fue por conveniencia, debido a que se incluyó a los odontólogos asistentes a la conferencia: “Decisiones Clínicas en Periodoncia e Implantes” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; sin embargo, en el análisis bivariado se consideró las variables que pueden alterar el resultado como años de experiencia y sexo.

A pesar de ello, el instrumento validado para medir el nivel de conocimiento acerca de la terapia periodontal no quirúrgica y los resultados de la presente investigación nos servirán como base para futuras investigaciones con mayores tamaños muestrales, con una muestra más representativa de nuestro país y diferentes diseños de estudio.

Teniendo en cuenta que la enfermedad periodontal tiene una prevalencia alta, muchos de los pacientes que acuden a consulta dental están en riesgo de presentar la enfermedad. Los odontólogos, como profesionales de la salud, deben tener el conocimiento y capacitación adecuados para educar y motivar a la población a conductas de una correcta higiene oral, como prevención primaria de la enfermedad periodontal.

Recomendamos que las futuras investigaciones no sólo evalúen el nivel de conocimiento, también la aplicación clínica de estos conocimientos en la práctica diaria.

VI. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica es bajo para la mayoría de los odontólogos.
2. El cuestionario elaborado es confiable, válido y objetivo.
3. Los odontólogos egresados de la especialidad de Periodoncia e Implantes tienen un mayor nivel de conocimiento acerca de la terapia periodontal no quirúrgica con respecto a los odontólogos no egresados de la especialidad.
4. No hubo diferencia significativa en el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica según años de experiencia.
5. No hubo diferencia significativa en el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica según sexo.

IX. CONFLICTO DE INTERES

No existe algún tipo de conflicto de interés en la investigación realizada.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graziani F, Karapetsa D, Alonso B, Herrera D. Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? *Periodontol 2000*. 2017 Oct;75(1):152-188.
2. Eke PI et al. Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol*. 2015 May;86(5):611-22.
3. Dentino A, Lee S, Mailhot J, Hefti AF. Principles of periodontology. *Periodontol 2000*. 2013 Feb; 61(1):16-53.
4. American Academy of Periodontology. Glossary of Periodontal Terms, 4th edition. Chicago, IL: American Academy of Periodontology, 2001.
5. Drisko CH. Nonsurgical periodontal therapy. *Periodontol 2000*. 2001;25:77-88. Review.
6. John MT, Michalowicz BS, Kotsakis GA, Chu H. Network meta-analysis of studies included in the Clinical Practice Guideline on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2017 Jun;44(6):603-611.
7. Laleman I et al. Subgingival debridement: end point, methods and how often? *Periodontol 2000*. 2017 Oct;75(1):189-204.
8. Sanz M, Teughels W; Group A of European Workshop on Periodontology. Innovations in non-surgical periodontal therapy: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J ClinPeriodontol*. 2008 Sep;35(8 Suppl):3-7.
9. Smiley CJ et al. Evidence-based clinical practice guideline on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planing with or without adjuncts. *J Am DentAssoc*. 2015 Jul;146(7):525-35.

10. Heitz-Mayfield LJ, Lang NP. Surgical and nonsurgical periodontal therapy. Learned and unlearned concepts. *Periodontol 2000*. 2013 Jun; 62(1):218-31.
11. Claffey N, Polyzois I, Ziaka P. An overview of nonsurgical and surgical therapy. *Periodontol 2000*. 2004;36:35-44.
12. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington D.C.: OPS; c2017. Traducción de conocimiento para la toma de decisiones en salud; [citado 8 feb 2017]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9682%3A2014-knowledge-translation-for-health-decision-making&catid=6990%3Aart&Itemid=41010&lang=es
13. Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la investigación. 6ª Ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
14. Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm*. 2008; 65(23):2276-84.
15. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Ru-biales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra*. 2011; 34(1):63-72
16. Corral Y. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencia de la Educación*. 2009; 9 (33): 228- 47.
17. Molina JG, Rodrigo MF. Tema 5: Pruebas no paramétricas. Universidad de Valencia [Internet]. 2014 [citado 8 nov 2018]. Disponible en:
http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/estadistica-ii/est2_t5.pdf
18. Haidich AB. Meta-analysis in medical research. *Hippokratia*. 2010 Dec;14(Suppl 1):29-37.

19. Sathyamurthy P, Padhye A, Gupta HS. Knowledge of diagnosis, treatment strategies, and opinions on periodontal treatment procedures among general dentists in an indian urban population: A questionnaire survey. *J Indian Assoc Public Health Dent* 2018;16:62-71.
20. Richards W, Filipponi T, Roberts-Burt V. Mind the gap! A comparison of oral health knowledge between dental, healthcare professionals and the public. *Br Dent J.* 2014 Feb;216(4):E7.
21. Friesen LR, Walker MP, Kisling RE, Liu Y, Williams KB. Knowledge of risk factors and the periodontal disease-systemic link in dental students' clinical decisions. *J Dent Educ.* 2014 Sep;78(9):1244-51.
22. Rabelo CC et al. Systemic antibiotics in the treatment of aggressive periodontitis. A systematic review and a Bayesian Network meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2015 Jul;42(7):647-57.
23. Fang H, Han M, Li QL, Cao CY, Xia R, Zhang ZH. Comparison of full-mouth disinfection and quadrant-wise scaling in the treatment of adult chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontal Res.* 2016 Aug;51(4):417-30.

TABLA 1. Características demográficas de la población de estudio, Lima 2018.

VARIABLES	n	% / DE
Egresado de Periodoncia		
Si	54	58.7
No	38	41.3
Años de Experiencia		
Hasta 5 años	38	41.3
Más de 5 años	54	58.7
Sexo		
Femenino	54	58.7
Masculino	38	41.3
Edad °	31.7	8.6

n: Frecuencia Absoluta

%; Frecuencia Relativa

°: Promedio y Desviación Estándar

N=92

TABLA 2. Nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica según sean o no egresados de la Especialidad de Periodoncia e Implantes, años de experiencia y sexo, Lima 2018.

	NIVEL DE CONOCIMIENTO						p
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Egresado de Periodoncia							
Si	19	35.2	18	33.3	17	31.5	
No	27	71.1	11	29.0	0	0.0	<0.01*
Años de Experiencia							
Hasta 5 años	20	52.6	15	39.5	3	7.9	
Más de 5 años	26	48.1	14	25.9	14	25.9	0.07
Sexo							
Femenino	27	50.0	17	31.5	10	18.5	
Masculino	19	50.0	12	31.6	7	18.4	1.00
TOTAL	46	50.0	29	31.5	17	18.5	

*Prueba de Chi cuadrado ($p < 0.05$)

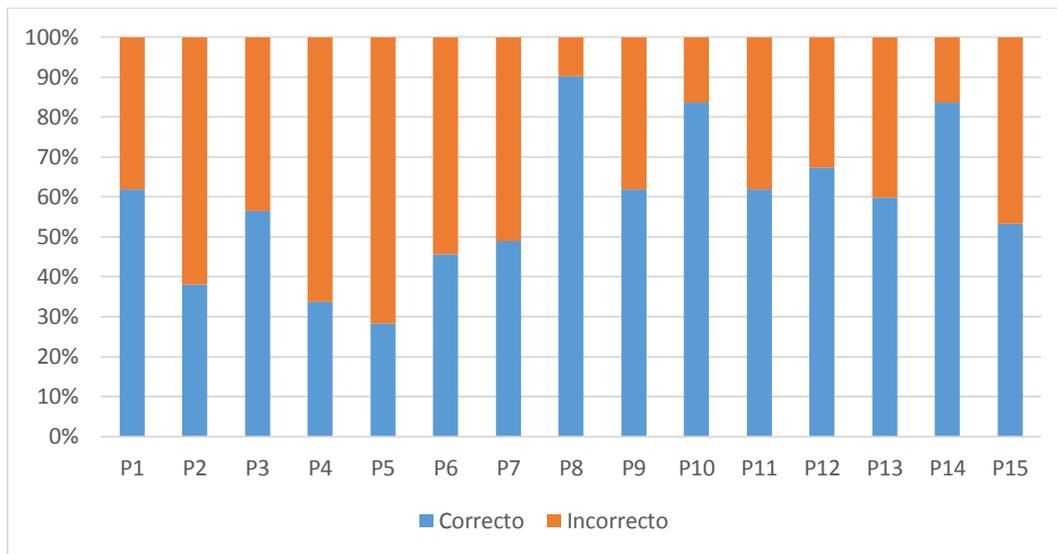
TABLA 3. Frecuencia de respuestas de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica, Lima 2018.

	CORRECTO		INCORRECTO	
	n	%	n	%
P1	57	62.0	35	38.0
P2	35	38.0	57	62.0
P3	52	56.5	40	43.5
P4	31	33.7	61	66.3
P5	26	28.3	66	71.7
P6	42	45.7	50	54.3
P7	45	48.9	47	51.1
P8	83	90.2	9	9.8
P9	57	62.0	35	38.0
P10	77	83.7	15	16.3
P11	57	62.0	35	38.0
P12	62	67.4	30	32.6
P13	55	59.8	37	40.2
P14	77	83.7	15	16.3
P15	49	53.3	43	46.7

n: Frecuencia Absoluta

#: Frecuencia Relativa

GRÁFICO 1. Frecuencia de respuestas de los odontólogos acerca de la terapia periodontal no quirúrgica, Lima 2018.



ANEXO 01

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES	CATEGORÍAS
Nivel de conocimiento acerca de la terapia periodontal no quirúrgica	Nivel de información acerca de las estrategias de la terapia periodontal no quirúrgica	Respuesta a las preguntas de la cuestionario	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 0	Alto: 11-14 respuestas correctas Medio: 9-10respuestas correctas Bajo: 4-8 respuestas correctas
Egresado de la especialidad de Periodoncia e Implantes	Profesional que culminó sus 2 años de estudio en la especialidad de Periodoncia e Implantes	Odontólogo que culminó sus años de especialidad en Periodoncia e Implantes	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Egresado No egresado	1: Si 2: No
Años de experiencia	Años transcurridos desde la obtención del título de Cirujano Dentista hasta la actualidad	Años transcurridos que ejerce la carrera profesional de odontología	Cuestionario	Cuantitativa	Ordinal	Hasta 5 años Más de 5 años	1: hasta 5 años 2: más de 5 años
Género	Características fenotípicas de un individuo	Característica física de un individuo en la ejecución del estudio	Cuestionario	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino	1: femenino 2: masculino

ANEXO 02

CUESTIONARIO INICIAL

TERAPIA PERIODONTAL NO QUIRÚRGICA

Cirujano Dentista () Edad..... Sexo..... Año de egresado.....
Especialidad ().....

Control de placa bacteriana

1. Ud. considera que el cepillado diario con pasta dental tiene un efecto _____ en comparación al cepillado sin pasta dental en el control de placa bacteriana.
a.- Mayor
b.- Igual
c.- Menor
2. Ud. considera que el uso del hilo dental tiene un efecto _____ en comparación con los cepillos interdetales en el control de placa bacteriana en zonas interproximales.
a.- Mayor
b.- Igual
c.- Menor
3. Ud. considera que el uso de enjuagatorio de clorhexidina en pacientes con enfermedad gingival con impedimento de cepillado dental, tiene un efecto _____ en el control de placa bacteriana.
a.- Mayor
b.- Igual
c.- Menor

Raspado y alisado radicular

4. Ud. considera que el raspado y alisado radicular (RAR) a boca completa en una sola cita tiene _____ efecto en comparación por cuadrantes en varias citas en el pronóstico de la enfermedad periodontal en pacientes con periodontitis crónica generalizada.
a.- Mayor
b.- Igual
c.- Menor
5. Ud. considera que el RAR a boca completa provoca _____ dolor post-terapia periodontal en comparación por cuadrantes en varias citas.
a.- Mayor
b.- Igual
c.- Menor

6. Ud. considera que una pasta dental con nitrato potásico tiene _____ efecto que una pasta con arginina para el tratamiento de la hipersensibilidad dentinaria.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor

Terapia coadyuvante

7. Ud. considera que el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) adjunto al RAR tiene un efecto _____ en la resolución de los signos clínicos de la enfermedad gingival.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor
8. Ud. considera que la administración de antibióticos sistémicos orales adjunto al RAR tiene un efecto _____ en la resolución de la periodontitis agresiva.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor

Factores sistémicos

9. Ud. considera que la terapia periodontal no quirúrgica en diabéticos tiene _____ efecto en el nivel de hemoglobina glicosilada en sangre.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor
10. Ud. considera que el cese de fumar antes de la terapia periodontal no quirúrgica tiene _____ efecto en el pronóstico de la enfermedad periodontal en fumadores con periodontitis crónica.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor
11. Ud. considera que el consumo de alcohol tiene un riesgo _____ de presentar enfermedad periodontal.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor
12. Ud. considera que la terapia periodontal en gestantes con periodontitis crónica afecta _____ el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor

Mantenimiento Periodontal

13. Ud. considera que la adherencia a la terapia de mantenimiento periodontal afecta _____ riesgo de pérdida dental.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor
14. Ud. considera que el mantenimiento periodontal realizado por un especialista tiene un efecto _____ en comparación a que lo realice un odontólogo general en la estabilidad periodontal post-tratamiento.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor
15. Ud. considera que la duración de la terapia de mantenimiento (>12 meses) tiene un efecto _____ en la estabilidad periodontal post-tratamiento.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor

ANEXO 03

CUESTIONARIO FINAL

TERAPIA PERIODONTAL NO QUIRÚRGICA

Cirujano Dentista () Edad..... Sexo..... Año de egresado.....
Especialidad ().....

Control de placa bacteriana

1. Ud. considera que el cepillado diario con pasta dental tiene un efecto _____ en comparación al cepillado sin pasta dental en el control de placa bacteriana.
 - a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor

2. Ud. considera que el uso del hilo dental tiene un efecto _____ en comparación con los cepillos interdetales en el control de placa bacteriana en zonas interproximales.
 - a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor

3. Ud. considera que el uso de enjuagatorio de clorhexidina en pacientes con enfermedad gingival con impedimento de cepillado dental, tiene un efecto _____ en el control de placa bacteriana.
 - a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor

Raspado y alisado radicular

4. Ud. considera que el raspado y alisado radicular (RAR) a boca completa en una sola cita tiene _____ efecto en comparación por cuadrantes en varias citas en la resolución de la periodontitis crónica generalizada.
 - a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor

5. Ud. considera que el RAR a boca completa provoca _____ dolor post-terapia periodontal en comparación por cuadrantes en varias citas.
 - a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor

6. Ud. considera que una pasta dental con nitrato potásico tiene _____ efecto que una pasta con arginina para la reducción de hipersensibilidad dentinaria.
 - a.- Mayor

- b.- Igual
- c.- Menor

Terapia coadyuvante

7. Ud. considera que el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) adjunto al RAR tiene un efecto _____ en la resolución de los signos clínicos de la enfermedad gingival.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor
8. Ud. considera que la administración de antibióticos sistémicos orales adjunto al RAR tiene un efecto _____ en la resolución de la periodontitis agresiva.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor

Factores sistémicos

9. Ud. considera que la terapia periodontal no quirúrgica en diabéticos tiene _____ efecto en el nivel de hemoglobina glicosilada en sangre.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor
10. Ud. considera que el cese de fumar antes de la terapia periodontal no quirúrgica tiene _____ efecto en la resolución de periodontitis crónica en fumadores
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor
11. Ud. considera que el consumo de alcohol tiene un efecto _____ en el riesgo de presentar enfermedad periodontal.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor
12. Ud. considera que la terapia periodontal no quirúrgica en gestantes con periodontitis crónica tiene un efecto _____ en el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.
- a.- Mayor
 - b.- Igual
 - c.- Menor

Mantenimiento Periodontal

13. Ud. considera que el cumplimiento de la terapia de mantenimiento periodontal está relacionado con _____ riesgo de pérdida dental.
- a.- Mayor

- b.- Igual
- c.- Menor

14. Ud. considera que si el mantenimiento periodontal lo realiza un periodoncista tiene un efecto _____ en comparación que lo realice un odontólogo general en la estabilidad periodontal post-tratamiento.

- a.- Mayor
- b.- Igual
- c.- Menor

15. Ud. considera que si los pacientes cumplen con la terapia de mantenimiento periodontal (cada 3 meses) por más de 12 meses tiene un efecto _____ en la estabilidad periodontal post-tratamiento.

- a.- Mayor
- b.- Igual
- c.- Menor

ANEXO 04
V DE AIKEN

Pregunta	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	V de Aiken
1	1	1	1	1	1	1.00
2	1	1	1	1	1	1.00
3	1	1	1	1	1	1.00
4	1	2	1	1	1	0.80
5	1	1	1	1	1	1.00
6	1	1	2	1	1	0.80
7	1	1	1	1	1	1.00
8	1	1	1	1	1	1.00
9	1	1	1	1	1	1.00
10	1	2	1	1	1	0.80
11	1	1	1	2	1	0.80
12	1	1	1	1	2	0.80
13	1	1	1	2	1	0.80
14	1	1	2	1	1	0.80
15	1	1	1	2	1	0.80
Total						0.80

ANEXO 05

ALFA DE CRONBACH

Pregunta	Alfa de Cronbach
P1	0.94
P2	0.97
P3	1.00
P4	0.97
P5	0.97
P6	1.00
P7	1.00
P8	1.00
P9	0.98
P10	0.91
P11	1.00
P12	0.96
P13	0.95
P14	0.97
P15	0.97

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.98	15

ANEXO 06

MOMENTO DE PEARSON

TEST	RE TEST
23	21
20	18
23	20
18	18
21	21
23	22
23	23
23	23
22	22
23	23
21	21
24	23
21	21
20	20
22	22
22	21
20	20
21	21
20	20
22	22
22	21
22	22
23	22
18	18
20	20
19	19
21	21
23	23
22	23
21	21
20	20
24	24
21	20
23	23
23	23
21	21
19	19
22	22
22	21
22	22

Medida de correlación de Pearson.

$$r = 0.8844$$