



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

**TOMA DE DECISIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES DE
CARIES EN LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE POSTGRADO
DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA EN EL AÑO
2020**

RESTORATIVE TREATMENT DECISIONS OF DENTAL CARIES IN
POSTGRADUATE DENTISTRY STUDENTS OF THE PERUVIAN
UNIVERSITY CAYETANO HEREDIA IN 2020

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA

ALUMNOS:

EVELYN MARILYN ALFARO CANEVARO

YAMILLE YOVANNA CCECCAÑO QUINTANA

ASESOR:

PhD JORGE LUIS CASTILLO CEVALLOS

LIMA - PERÚ

2021

JURADO

Presidente : Mg. Esp. CD. Miguel Benjamin Perea Paz

Vocal : Mg. Esp. CD. Ailin Rosario Cabrera Matta

Secretario : Mg. Esp. CD. Jenniffer Miriam Quiroz Torres

Fecha de sustentación : 13 de Mayo del 2021

Calificación : Aprobado

ASESOR DE TESIS

PhD Jorge Luis Castillo Cevallos

Departamento Académico de Estomatología del Niño y Adolescente

ORCID: 0000-0003-2497-3520

DEDICATORIA

A nuestros padres por su apoyo y motivación incondicional durante nuestra formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por estar siempre en nuestras vidas y acompañarnos en este camino.

A nuestro asesor el Dr. Jorge Luis Castillo por ser nuestro guía en la elaboración de este trabajo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	4
III. MATERIALES Y MÉTODOS	6
IV. RESULTADOS	9
V. DISCUSIÓN	13
VI. CONCLUSIONES	18
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
VIII. TABLAS	27
ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: Existen diferentes tipos de tratamiento para las lesiones de caries. Los odontólogos tenemos que tomar decisiones sobre el tratamiento que vamos a realizar al observar una lesión de caries, si optamos por restaurar, hacer un tratamiento mínimamente invasivo o simplemente no tratar. **Objetivo:** Determinar la toma de decisiones del tratamiento de lesiones de caries en los estudiantes de postgrado de odontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo descriptivo, transversal. Se realizó una encuesta a todos los estudiantes matriculados en el postgrado, donde se evaluó las decisiones de tratamiento para las lesiones de caries proximal y oclusal, así como la técnica de preparación cavitaria preferida y el material restaurador de elección para el tratamiento de estas lesiones hipotéticas. Del mismo modo, se determinó los conocimientos sobre el manejo de caries. **Resultados:** La mayoría de los estudiantes pospondrían sus decisiones de tratamiento hasta que la lesión de caries se encuentre en dentina. Además, optaron por las preparaciones tradicionales Clase II (Black) y ser conservador eliminando solo el tejido cariado. El material preferido por los participantes fue la resina compuesta. **Conclusión:** Los estudiantes fueron más conservadores en la toma de decisiones para el tratamiento de las lesiones de caries oclusales y proximales.

Palabras claves: toma de decisiones, restauración, tratamiento, caries dental (DeCS).

ABSTRACT

Introduction: There are different types of treatment for caries lesions. Dentists have to make decisions about the treatment that needs to be performed when observing a caries lesion: if we choose to restore, do a minimally invasive treatment or simply not treat. **Objective:** To determine the decision-making process for the treatment of caries lesions in postgraduate dental students at the Universidad Peruana Cayetano Heredia. **Materials and methods:** Descriptive, cross-sectional study. A survey was conducted of all students enrolled in the postgraduate course, where treatment decisions for proximal and occlusal caries lesions were evaluated, as well as the preferred cavity preparation technique and the restorative material of choice for the treatment of these hypothetical lesions. In addition, knowledge about caries management were determined. **Results:** Most of the students would postpone their treatment decisions until the lesion is in the dentin. In addition, they opted for the traditional Class II (Black) preparations and be conservative by removing only carious tissue. The material preferred by the participants was composite resin. **Conclusion:** Students were more conservative in restorative treatment decisions of approximal and occlusal caries lesions.

Key Words: decision making, restoration, treatment, dental caries (DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

La caries dental es una enfermedad multifactorial, mediada por el biofilm, azúcar dependiente que da como resultado la desmineralización y remineralización de los tejidos duros dentales.¹ El objetivo del manejo de Caries Dental es controlar la actividad de las lesiones. Una mejor interpretación de este proceso ha traído cambios a los conceptos del tratamiento de la enfermedad^{2,3}. El término mínimamente invasivo se introdujo con el fin de cambiar los principios de la odontología restauradora⁴. El objetivo principal es conservar la estructura dental, además la detección temprana de caries y el tratamiento no restaurador, combinado con procedimientos restauradores mínimamente invasivos.^{5,6}

Las lesiones de caries se encuentran en diferentes etapas de progresión, por lo tanto, debemos decidir en qué momento y en qué caso aplicar terapias preventivas, no invasivas o restaurativas. Muchas veces erramos en el diagnóstico de caries, lo que origina que nuestra decisión para el tratamiento de la lesión no sea la más adecuada, y eso hace que con el tiempo nos demos cuenta que se ha generado más daño que beneficio a la pieza dentaria.

Actualmente existen grandes diferencias en todo el mundo sobre en qué momento debemos intervenir las lesiones de caries proximales y oclusales⁷. Desde hace muchos años se han realizado estudios sobre las decisiones de tratamiento restaurador en diferentes países como Estados Unidos, Francia,

Dinamarca, Suecia, Noruega, Reino Unido, Kuwait y Emiratos Árabes Unidos ⁷⁻¹⁴. Estos mostraron que una proporción significativa de dentistas restaurarían lesiones de caries limitadas al esmalte. ^{15,16}

Las encuestas que analizan el umbral de tratamiento son un método útil y práctico para evaluar el correcto manejo de caries dental. ¹² Además, estas informaron que factores como el sexo y la edad del odontólogo, entre otros, están relacionadas con el tipo de tratamiento brindado. Estudios han encontrado que los odontólogos más jóvenes posponen la restauración en comparación con los mayores. ^{17,18}

Uno de los estudios más importantes sobre toma de decisiones en el manejo de Caries, fue el realizado por Espelid et al ⁸ y validado al español por Begoña et al. ²⁶ En este cuestionario se evalúa mediante figuras y fotografías los criterios para el tratamiento restaurador de lesiones proximales y oclusales, diagnóstico de caries y conocimientos.

Los conceptos sobre el tratamiento restaurador de las lesiones de caries han cambiado en los últimos años, optando por estrategias más conservadoras en lugar de intervenciones restauradoras ²¹⁻²⁵. Sin embargo, aún es evidente una gran desigualdad de diagnósticos y planes de tratamiento entre los operadores. La forma en que se toma decisiones para utilizar una técnica o material determinada no está clara. Por ejemplo, una revisión sistemática reciente, demostró que una gran cantidad de odontólogos continúan llevando a cabo la eliminación de lesiones no cavitadas confinadas al

esmalte cuando estas serían potencialmente reversibles sin una intervención restauradora.¹⁵

El tratamiento de las lesiones de caries implica una filosofía conservadora y preventiva basada en la evidencia, con un tratamiento de la enfermedad centrado en la persona y basado en el riesgo, la detección temprana de las lesiones de caries y los esfuerzos para revertir y / o detener las lesiones, con el objetivo de preservar la estructura dental y mantener la salud. ³

Para la implementación de esta filosofía, se han desarrollado guías que faciliten la toma de decisiones clínicas entre intervenciones restauradoras y no restauradoras para lesiones de caries. ³

En Perú, no existen estudios sobre el umbral restaurador de los odontólogos y qué tan conservadores o agresivos pueden ser en el diagnóstico y toma de decisiones en caries dental. Con la información que obtengamos de esta investigación, seremos capaces de evaluar y dar recomendaciones para un tratamiento de caries dental más científico y más eficiente, además hacer que esta información sea incluida en los planes de estudios contemporáneos de las facultades de odontología.

El objetivo de este estudio fue describir la toma de decisiones para el tratamiento de lesiones de caries oclusales y proximales entre los estudiantes de postgrado de Odontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2020.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la toma de decisiones para el tratamiento de lesiones de caries en los estudiantes de Odontología de postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2020.

Objetivos específicos:

1. Determinar cuál fue el momento elegido para tomar la decisión de restaurar una pieza dentaria con una lesión de caries proximal entre los estudiantes de odontología de postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
2. Determinar cuál fue la técnica de preparación elegida para restaurar una pieza dentaria con una lesión de caries proximal entre los estudiantes de odontología de postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
3. Determinar cuál fue el material elegido para restaurar una pieza dentaria con una lesión de caries proximal entre los estudiantes de odontología de postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

4. Determinar cuál fue el momento elegido para tomar la decisión de restaurar una pieza dentaria con una lesión de caries oclusal entre los estudiantes de odontología de postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
5. Determinar cuál fue la técnica de preparación elegida para restaurar una pieza dentaria con una lesión de caries oclusal entre los estudiantes de odontología de postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
6. Determinar cuál fue el material elegido para restaurar una pieza dentaria con una lesión de caries oclusal entre los estudiantes de odontología de postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
7. Determinar la elección del momento, técnica, y material restaurador para el manejo de 2 casos ejemplos con lesiones de caries entre los estudiantes de odontología de postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
8. Determinar los conocimientos sobre caries dental de los estudiantes de odontología de postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es de tipo observacional, transversal, descriptivo. La población estuvo conformada por los 182 estudiantes inscritos en la segunda especialización de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2020, según datos de la unidad de postgrado. El cuestionario fue aplicado a todos los estudiantes de la población, por lo tanto, no se realizó muestreo.

Se incluyeron a todos los estudiantes inscritos en la segunda especialización de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2020, asimismo a los que aceptaron el consentimiento informado y se excluyó a los que no desearon participar en la encuesta.

La construcción de las variables se analizó en relación al objetivo general (**Ver anexo 1**). De los 182 estudiantes inscritos en la segunda especialización de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se obtuvo respuesta de 160.

Para recoger los datos se utilizó un cuestionario precodificado originalmente desarrollado por Espelid et al ⁸, que fue aplicado de manera virtual mediante el programa SurveyMonkey. Además, se coordinó con la unidad de postgrado para que nos proporcionen los correos institucionales de los 182 estudiantes inscritos en la segunda especialización, mediante una solicitud dirigida al Director de la Unidad de Postgrado y Especialización Wilson Delgado, con el fin de hacer llegar la encuesta a través de ellos.

Este estudio se realizó después de la aprobación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería y la posterior aprobación del comité institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH). La encuesta fue anónima y tuvo un consentimiento informado virtual donde se detalló el procedimiento y las implicancias correspondientes. Se mantuvo la confidencialidad de los participantes ya que los resultados se encontraron codificados.

La encuesta consta de un total de 9 preguntas (Anexo 2) y está dividida en dos partes: En la primera, se incluyeron las variables demográficas como edad, sexo, años de egreso de pregrado, universidad de egreso de pregrado, especialidad y año de estudios para descubrir características generales. En la segunda parte se evaluó los criterios de tratamiento restaurador para las lesiones de caries proximal y oclusal, diagnóstico de caries y material restaurador de elección.

Para asegurar la fiabilidad y el entendimiento de este instrumento, se utilizó la validación al español del cuestionario por Begoña et al.²⁶ Es importante mencionar que contamos con el permiso correspondiente para la utilización del cuestionario en nuestro estudio.

Se realizaron coordinaciones con el delegado o responsable de cada especialidad, para que haga de conocimiento a los estudiantes sobre el cuestionario en su correo institucional. Además, se envió un recordatorio electrónico 15 días después a todos los participantes para poder garantizar la mayor tasa de respuesta posible.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos de acuerdo con la naturaleza de los mismos para caracterizar a la población encuestada y las respuestas a las diferentes preguntas relacionadas con las decisiones de tratamiento para las lesiones de caries proximales y oclusales. Se analizaron los datos en el programa Microsoft Excel 2019).

IV. RESULTADOS

En este estudio se aplicó un cuestionario a 182 estudiantes del postgrado de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la tasa de respuesta fue del 87.91% (160). De los cuales 54.37% fueron del sexo femenino y 45.63% del sexo masculino. La **tabla 1** muestra las características de la muestra.

Manejo de lesiones de caries proximales

El 28.13% de los estudiantes sugirió tratamiento restaurador para lesiones de caries confinadas al esmalte (grado 1 y 2), 20.63% no pospondría el tratamiento para una lesión de caries en el límite amelodentinario (grado 3) y el 15% esperaría a que haya alcanzado el tercio externo de la dentina.

El tipo de preparación preferido (35.63%) fue la Clase II tradicional de Black, mientras el 33.13% de los encuestados prefirió una preparación mínimamente invasiva (en forma de túnel). La mayoría de los estudiantes (56.25%) sugirió la resina compuesta para restaurar la superficie proximal (**Tabla 2**).

Hicimos una comparación de los puntajes promedios dado por los estudiantes de las diferentes especialidades. Hay que considerar que 1 es invasivo y 6 mínimamente invasivo. Como promedio, los estudiantes eligieron hacer el tratamiento restaurador inmediato en el tercio externo de la dentina (grado 4). Donde la especialidad más conservadora fue

administración con un promedio de 5 (DS 1.41) y la más invasiva fue ortodoncia con un 2.77 (DS 1.43). **(Tabla 4)**

Manejo de lesiones de caries oclusales

El 13.13% de los estudiantes restauraría y no pospondría el tratamiento bajo ninguna circunstancia para lesiones de caries confinadas al esmalte (grado 1 y 2). Sin embargo, el 86.88% esperaría hasta que se encuentre en dentina (grado 3 a 5).

La mayoría de los estudiantes (87.50%) sugirió eliminar solo el tejido cariado mientras que el 12.50% prefirió una preparación que se extienda abarcando todas las fosas y fisuras.

La resina compuesta fue el primer material de elección para el 61.25% de los estudiantes, el 26.26% sugirió ionómero de vidrio convencional y modificado con resina. Solo el 12.50% usaría otro tipo de material. **(Tabla 3).**

Como promedio, los estudiantes eligieron hacer el tratamiento restaurador inmediato en el tercio medio de la dentina (grado 4). Donde la especialidad más conservadora fue Medicina y Administración con un promedio de 4 (DS 0.82 y 1.41 respectivamente). La más invasiva fue ortodoncia con un 3.13 (DS 0.82). **(Tabla 4)**

Diagnóstico de caries oclusal

Con respecto al “diente A” el diagnóstico más común (56.25%) para la superficie oclusal fue la presencia de una lesión de caries en esmalte. El 27.50% de los estudiantes encontró una lesión de caries en dentina mientras

que el 13.13% sugirió que no había presencia de caries. Solo el 3.13% no estaba seguro del tipo de lesión de caries.

La mitad de los estudiantes (50%) prefirió preparar solo la zona cariada de la fisura más el sellado del resto de las fisuras. El 9.38% prefirió realizar una preparación cavitaria. Sin embargo, el 20% optó por el sellado de fisuras. El 44.38% usaría material de resina compuesta para la restauración y el 34.38% ionómero de vidrio modificado con resina. **(Tabla 5)**

Como promedio, los estudiantes diagnosticaron caries de esmalte para “el diente A”. Donde la especialidad más conservadora fue Odontopediatría con un promedio de 1.8 (DS 0.72) y la más invasiva fue ortodoncia con un 2.4 (DS 0.73).

Por otro lado, en el “diente B” el 41.88% sugirió que no había presencia de caries mientras el 38.38% diagnosticó caries de esmalte. Solo el 5% no estaba seguro del tipo de lesión de caries.

El tratamiento propuesto con mayor frecuencia (37.50%) para el “diente B” fue el sellante de fisura. No obstante, el 24.38% y el 14.37% sugirió preparar solo la zona cariada con y sin sellado respectivamente. La resina compuesta fue el material de elección en un 41.25% seguido por el ionómero de vidrio modificado con resina en un 31.25%. **(Tabla 5)**

Como promedio, los estudiantes diagnosticaron caries de esmalte para “el diente B”. Donde la especialidad más conservadora fue Odontopediatría con un promedio de 1.3 (DS 0.60) y la más invasiva fue endodoncia con un 2.5 (DS 0.88).

Conocimiento sobre caries dental

La mayoría de los estudiantes (62.50%) creían que las radiografías subestimaban la profundidad de la lesión de caries en comparación con el hallazgo clínico. **(Tabla 7 - a)**

El 43.75% de los estudiantes pensó que tomaría menos de 6 meses para que la lesión de caries progrese desde la superficie del esmalte a la dentina. **(Tabla 7 - b)**

La mitad de los estudiantes (50%) no dejaría la lesión de caries proximal cerca del límite amelodentinario sin restaurar durante seis meses, pero el 31.88% prefirió observar esta lesión sin tratamiento restaurador, mientras que el 17.50% no estaba seguro de esta decisión **(Tabla 7 - c)**.

El 74.38% pensaba que la cavitación en el límite amelodentinario no era visible clínicamente, el 15% no estaba de acuerdo y el 10.63% no estaba seguro **(Tabla 7 - d)**.

Para los estudiantes es más importante no restaurar innecesariamente dientes sanos (53.13%) mientras que el 28.13% consideró que los riesgos de cometer un error son de igual importancia. Solo el 18.75% pensó que era más importante restaurar todas las lesiones de caries **(Tabla 7 - e)**.

V. DISCUSIÓN

En los últimos años se ha aplicado el cuestionario originalmente desarrollado por Espelid et al.⁸ en diferentes partes del mundo para evaluar la toma de decisiones de los odontólogos, demostrando que hay una gran proporción que optan por los tratamientos restaurativos cuando estos aún no son necesarios.⁷⁻¹⁵ Sin embargo, en el Perú aún no existen investigaciones respecto a este tema.

Encontramos que la mayoría de estudiantes en un 51.26% no pospondría el tratamiento para lesiones de caries proximales que se encuentren en dentina. Sin embargo, esto no se observó en un estudio realizado en Francia donde la mayoría de los dentistas en un 56% restaurarían las lesiones de caries proximales confinadas al esmalte.²⁷ En otros, la mayoría recomiendan el tratamiento solo cuando la lesión se encuentra en el límite amelodentinario^{11,14} o ha alcanzado la dentina.^{7,9,28} Lo que nos hace pensar que los estudiantes están optando por otras opciones de tratamiento diferentes al operatorio cuando las lesiones de caries se encuentran en esmalte. Además, podemos observar que las filosofías de tratamiento van cambiando con el paso de los años. Como ejemplo, en Noruega, Vidnes Kopperud encontró que desde 1983 hasta el 2009 cambió la forma de intervenir las lesiones de caries limitadas al esmalte. Este determinó que en 1983 el 65.6% de los odontólogos restauraban lesiones de caries confinadas a esmalte, mientras que en 1995 y 2009, los porcentajes fueron en un 18.3% y 7% respectivamente.²⁹

El tipo de preparación preferido en nuestro estudio fue la Clase II tradicional (Black) en un 35.63%. Lo que nos hace suponer que los principios de preparación de Black aún se siguen enseñando en algunas escuelas de odontología, cuando en la actualidad estamos optando por filosofías mínimamente invasivas. Este porcentaje no difiere mucho de las preparaciones tipo túnel con un 33.13%, cifra muy similar a la encontrada en una investigación realizada en Francia (33.3%).²⁷ Sin embargo, los noruegos detectaron que este tipo de preparación no tenía un buen pronóstico pasando de un 47% en 1995 a un 3.8% en el 2009.²⁹ Los resultados encontrados en este estudio con respecto al tipo de preparación para lesiones de caries proximales son similares, probablemente los estudiantes aún tengan dudas al momento de intervenir este tipo de lesión. En cuanto al material de elección para restaurar estas lesiones de caries se obtuvo que el 56.25% de los estudiantes emplearía resina compuesta mientras que ninguno recomendó amalgama. Esto también se observó en otras investigaciones como la de Baraba, Laske y Suliman^{7,14,30}. Sin embargo, en el estudio de Vidnes Kopperud la amalgama no era una opción debido a su prohibición en Noruega. Probablemente encontramos este resultado porque la resina es uno de los materiales más usado actualmente, debido a sus propiedades y con el paso del tiempo la amalgama se ha dejado de usar por diferentes motivos.

En las lesiones de caries oclusales, se encontró que la mayoría de los dentistas iniciarían el tratamiento en lesiones que hayan alcanzado la dentina (grado 3-5). Esto también se pudo observar en otras investigaciones como la de Tuber Jeannin en Francia donde el 79.3% esperaría hasta que la lesión de caries hubiera progresado a la dentina.²⁸ La intervención tardía de los estudiantes muestra que están siguiendo las recomendaciones actuales y el cambio hacia un enfoque más conservador. Probablemente los estudiantes dejarían las lesiones de caries que se limitan al esmalte para remineralizarse. Al decidir sobre el tipo de preparación para las lesiones de caries oclusales, este estudio encontró que la mayoría de los estudiantes prefería un enfoque más conservador, optando por eliminar solo el tejido dental cariado. La resina compuesta fue el material preferido y ninguno de los estudiantes utilizaría amalgama. Esta preferencia es consistente con otros estudios realizados en Noruega y Holanda.^{10,7} En contraste, Espelid et al. observaron que los dentistas daneses optaron en su mayoría por el uso de amalgama para restaurar superficies oclusales.⁸ Sin embargo, este estudio fue realizado en el año 2001 a diferencia de los otros que son más recientes. Lo que confirma que el uso de este material ha disminuido progresivamente, optando hoy en día por restauraciones con materiales estéticos.

Para los casos clínicos encontramos que en el diente "A" la mayoría de los estudiantes diagnosticó caries de esmalte y optaron por preparar solo la zona cariada de la fisura más el sellado del resto, mientras que para el diente "B" se consideró que no había presencia de caries y se prefirió el sellado de

fisura. Esto no se encontró en los resultados del estudio realizado por Rechmann et al. en Estados Unidos (California) donde prevaleció el diagnóstico de caries dentinaria (diente "A") y prefirieron realizar la restauración del diente. Asimismo, para el diente "B" la mayoría indicó que había presencia de caries de esmalte y sugirió preparar solo la zona cariada de la fisura más el sellado del resto.¹¹ Esto podría deberse a las diferencias en la población, ya que nosotros aplicamos esta encuesta a estudiantes de postgrado, mientras que Rechmann aplicó el cuestionario a odontólogos generales y especialistas.

Con respecto a los conocimientos sobre caries dental, fue más importante para los estudiantes no restaurar innecesariamente dientes sanos. Por el contrario, en Francia y Croacia encontraron que un mayor porcentaje de encuestados respondieron que los riesgos de cometer un error son de igual importancia.^{28,30} Estos conocimientos pueden estar asociados al tipo de preparación que los estudiantes tuvieron en pregrado y las diferentes filosofías que se siguen enseñando en diferentes partes del mundo.

En general, los estudiantes prefirieron retrasar su punto inicial de tratamiento restaurador para lesiones de caries proximales y oclusales. Esto indica que va de acuerdo con la literatura y los nuevos principios de la odontología "mínimamente invasiva". Cabe destacar, que en el manejo de lesiones de caries la especialidad más invasiva fue ortodoncia, esto nos hace suponer que el ortodoncista tiene un mayor interés en eliminar

completamente el tejido cariado en lugar de la preservación de este, debido al tipo de tratamiento que realizan.

Respecto a las limitaciones del estudio, podemos señalar que los resultados obtenidos no necesariamente reflejan las decisiones de tratamiento para lesiones de caries en Lima, ya que la población evaluada solo corresponde a los estudiantes de Postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Sin embargo, esta investigación es la primera realizada en el Perú. Actualmente, este cuestionario es utilizado por diferentes investigadores alrededor del mundo para evaluar las decisiones de tratamiento. Este estudio podría ser el primer paso para evaluar y monitorear el tratamiento restaurador en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Además, podría garantizar que los planes de estudio sean contemporáneos promoviendo un enfoque moderno para el manejo de las lesiones de caries, ya que se podría evaluar a los estudiantes recién ingresados y luego al finalizar su postgrado para comparar que tanto influyó la enseñanza sobre sus decisiones de tratamiento. También sería de interés realizar estudios entre docentes y estudiantes.

VI. CONCLUSIONES

1. Encontramos que los estudiantes de odontología de postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia fueron conservadores en la toma de decisiones para el tratamiento de las lesiones de caries oclusales y proximales
2. La mayoría de estudiantes de odontología de postgrado de la UPCH intervienen las lesiones de caries PROXIMALES cuando se encuentran en dentina (51.26%).
3. El tipo de preparación preferido entre los estudiantes de odontología de postgrado de la UPCH para las lesiones de caries proximales fue la Clase II tradicional de Black (35.63%).
4. El tipo de material preferido entre los estudiantes de odontología de postgrado de la UPCH para restaurar las lesiones de caries proximales fue la Resina compuesta (56.25%).
5. La mayoría de estudiantes de odontología de postgrado de la UPCH intervienen las lesiones de caries OCLUSALES cuando se encuentran en dentina (33.13%).

6. El tipo de preparación preferido entre los estudiantes de odontología de postgrado de la UPCH para las lesiones de caries oclusales fue eliminar solo el tejido cariado (87.50%).

7. El tipo de material preferido entre los estudiantes de odontología de postgrado de la UPCH para restaurar las lesiones de caries oclusales fue la Resina compuesta (61.25%).

8. Al presentar casos clínicos ejemplos, los estudiantes de especialidad de Odontología de la UPCH, en el “Diente A” diagnosticaron caries de esmalte (56.25%), además prefirieron preparar solo la zona cariada de la fisura más el sellado del resto (50%) y el material preferido fue la resina compuesta (44.38%). En el caso clínico “Diente B” la mayoría de estudiantes sugirió que no había presencia de caries (44.38%), el tratamiento elegido fue el sellante de fisuras y la resina compuesta fue el material de elección (41.25%).

9. En relación a los conocimientos sobre caries dental, el 62.50% de los estudiantes creían que las radiografías subestimaban la profundidad de la lesión de caries en comparación con el hallazgo clínico, el 43.75% pensó que tomaría menos de 6 meses para que la lesión de caries progrese desde la superficie del esmalte a la dentina, el 50% no dejaría

la lesión de caries proximal cerca del límite amelodentinario sin restaurar durante seis meses, el 74.38% pensaba que la cavitación en el límite amelodentinario no era visible clínicamente, el 53.13% de los estudiantes creía que es más importante no restaurar innecesariamente dientes sanos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos- Gomez F, Tagami J, Twetman S, Tsakos G, Ismail A. Dental caries. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;25; 3:17030.
2. Schwendicke F, Lamont T, Innes N. Removing or Controlling? How Caries Management Impacts on the Lifetime of Teeth. *Monogr Oral Sci*. 2018;27:32-41.
3. Fontana M. Nonrestorative Management of Cavitated and Noncavitated Caries Lesions. *Dent Clin North Am*. 2019;63(4):695-703.
4. Mount GJ, Ngo H. Minimal intervention: a new concept for operative dentistry. *Quintessence Int*. 2000;31(8):527-533.
5. Machiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, et al. Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. *Caries Res*. 2020;54(1):7-14.

6. Frencken JE. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry. *Br Dent J.* 2017;223(3):183-189.
7. Laske M, Opdam NJM, Bronkhorst EM, et al. Minimally Invasive Intervention for Primary Caries Lesions: Are Dentists Implementing This Concept?. *Caries Res.* 2019;53(2):204-216.
8. Espelid I, Tveit AB, Mejàre I, Sundberg H, Hallonsten AL. Restorative treatment decisions on occlusal caries in Scandinavia. *Acta Odontol Scand.* 2001 Feb;59(1):21-7.
9. Khalaf ME, Alomari QD, Ngo H, Doméjean S. Restorative treatment thresholds: factors influencing the treatment thresholds and modalities of general dentists in Kuwait. *Med Princ Pract.* 2014;23(4):357-62.
10. Kopperud SE, Tveit AB, Opdam NJ, Espelid I. Occlusal Caries Management: Preferences among Dentists in Norway. *Caries Res.* 2016;50(1):40-47.
11. Rechmann P, Doméjean S, Rechmann BM, Kinsel R, Featherstone JD. Approximal and occlusal carious lesions: Restorative treatment decisions by California dentists. *J Am Dent Assoc.* 2016 May;147(5):328-38.

12. Doméjean S, Léger S, Maltrait M, Espelid I, Tveit AB, Tubert-Jeannin S. Changes in Occlusal Caries Lesion Management in France from 2002 to 2012: A Persistent Gap between Evidence and Clinical Practice. *Caries Res.* 2015;49(4):408-416.
13. Chana P, Orlans MC, O'Toole S, Domejean S, Movahedi S, Banerjee A. Restorative intervention thresholds and treatment decisions of general dental practitioners in London. *Br Dent J.* 2019;227(8):727-732.
14. Suliman A, Abdo A, Elmasmari H. Restorative Treatment Decisions on Approximal Caries Among Practicing Dentists in the College of Dentistry Clinics, Ajman University, United Arab Emirates. *The Open Dentistry Journal.* 2020; 14: 97-102.
15. Innes NPT, Schwendicke F. Restorative Thresholds for Carious Lesions: Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res.* 2017 May;96(5):501-508.

16. Kakudate N, Sumida F, Matsumoto Y, Yokoyama Y, Gilbert GH, Gordan VV. Patient age and dentists' decisions about occlusal caries treatment thresholds. *Oper Dent.* 2014;39(5):473-480.

17. Schwendicke F, Göstemeyer G. Understanding dentists' management of deep carious lesions in permanent teeth: a systematic review and meta-analysis. *Implement Sci.* 2016;11(1):142. Published 2016 Oct 19.

18. Jobim Jardim J, Henz S, Barbachan E Silva B. Restorative Treatment Decisions in Posterior Teeth: A Systematic Review. *Oral Health Prev Dent.* 2017;15(2):107-115.

19. Schwendicke F, Splieth C, Breschi L, et al. When to intervene in the caries process? An expert Delphi consensus statement. *Clin Oral Investig.* 2019;23(10):3691-3703.

20. Splieth CH, Kanzow P, Wiegand A, Schmoeckel J, Jablonski-Momeni A. How to intervene in the caries process: proximal caries in adolescents and adults-a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2020;24(5):1623-1636.

21. Wright JT, Tampi MP, Graham L, et al. Sealants for preventing and arresting pit-and-fissure occlusal caries in primary and permanent molars: A systematic review of randomized controlled trials-a report of the American Dental Association and the American Academy of Pediatric Dentistry [published correction appears in J Am Dent Assoc. 2017 Apr;148(4):210]. J Am Dent Assoc. 2016;147(8):631-645.e18.

22. Giacaman RA, Muñoz-Sandoval C, Neuhaus KW, Fontana M, Chañas R. Evidence-based strategies for the minimally invasive treatment of carious lesions: Review of the literature. Adv Clin Exp Med. 2018;27(7):1009-1016.

23. Urquhart O, Tampi MP, Pilcher L, et al. Nonrestorative Treatments for Caries: Systematic Review and Network Meta-analysis. J Dent Res. 2019;98(1):14-26.

24. Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal L, et al. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. Adv Dent Res. 2016;28(2):58-67.

25. Slayton, Rebecca L. y col. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions. *J Am Dent Assoc.* 2018;149(10):837-849.e19.
26. Ruiz B, Urzúa I, Cabello R, Rodríguez G, Espelid I. Validation of the Spanish version of the "Questionnaire on the treatment of approximal and occlusal caries". *Clin Oral Investig.* 2013;17(1):29-35.
27. Doméjean-Orliaguet S, Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Espelid I, Tveit AB. French dentists' restorative treatment decisions. *Oral Health Prev Dent.* 2004;2(2):125-31.
28. Tubert-Jeannin S, Doméjean-Orliaguet S, Riordan PJ, Espelid I, Tveit AB. Restorative treatment strategies reported by French university teachers. *J Dent Educ.* 2004 Oct;68(10):1096-103.
29. Vidnes-Kopperud S, Tveit AB, Espelid I. Changes in the treatment concept for approximal caries from 1983 to 2009 in Norway. *Caries Res.* 2011;45(2):113-20.
30. Baraba A, Doméjean S, Jurić H, Espelid I, Tveit AB, Anić I. Restorative treatment decisions of Croatian university teachers. *Coll Antropol.* 2012 Dec;36(4):1293-9.

VIII. TABLAS

Tabla 1: Características de la muestra

Variables		n	%
Sexo			
	Masculino	73	45.63
	Femenino	87	54.37
Años de egreso (pregrado)			
	Menos de 5 años	80	50.00
	Más de 5 años	80	50.00
Especialidad			
	Radiología Bucal y Maxilofacial	8	5.00
	Estomatología de pacientes especiales	9	5.63
	Medicina y Patología Estomatológica	4	2.50
	Odontopediatría	16	10.00
	Endodoncia	13	8.13
	Cirugía Bucal y Maxilofacial	25	15.63
	Rehabilitación Oral	14	8.75
	Odontología Restauradora y Estética	8	5.00
	Ortodoncia y Ortopedia Maxilar	30	18.75
	Periodoncia e Implantología	13	8.13
	Administración y Gestión en Estomatología	4	2.50
	Salud Pública Estomatológica	16	10.00
Año de estudios			
	Primer año	66	41.25
	Segundo año	64	40.00
	Tercer año	25	15.63
	Cuarto año	5	3.13

Tabla 2: Manejo de lesiones de caries proximales

Variables	n	%
Requiere tratamiento restaurador		
Mitad externa del esmalte	30	18.75
Mitad interna del esmalte	15	9.38
En limite amelodentinario	33	20.63
Tercio externo de la dentina	24	15.00
Mitad externa de la dentina	25	15.63
Mitad interna de la dentina	33	20.63
Técnica de preparación cavitaria		
Clase II estricta	50	31.25
Preparación tipo túnel	53	33.13
Clase II tradicional (Black)	57	35.63
Material de restauración		
Resina Compuesta	90	56.25
Ionómero de vidrio convencional	10	6.25
Ionómero de vidrio modificado con resina (fotocurado)	48	30.00
Otro	12	7.50

n: Frecuencia absoluta.

=: Frecuencia relativa.

Tabla 3: Manejo de lesiones de caries oclusales

Variables	n	%
Requiere tratamiento restaurador		
Grado 1	8	5.00
Grado 2	13	8.13
Grado 3	53	33.13
Grado 4	50	31.25
Grado 5	36	22.50
Técnica de preparación cavitaria		
Eliminar solo el tejido cariado	140	87.50
Preparación cavitaria que se extiende abarcando todas las fosas y fisuras	20	12.50
Material de restauración		
Resina Compuesta	98	61.25
Ionómero de vidrio convencional	5	3.13
Ionómero de vidrio modificado con resina (fotocurado)	37	23.13
Otro	20	12.50

n: Frecuencia absoluta.

%; Frecuencia relativa.

Tabla 4: Manejo de lesiones de caries proximales y oclusales según especialidad

Especialidad	N°	Proximales			Oclusales		
		Media	D.S.	Mediana	Media	D.S.	Mediana
Radiología Bucal y Maxilofacial	8	3.88	1.64	3.50	3.25	0.89	3.00
Estomatología de pacientes especiales	9	3.44	1.67	3.00	3.44	0.73	4.00
Medicina y Patología Estomatológica	4	3.25	2.06	3.50	4.00	0.82	4.00
Odontopediatría	16	3.94	1.91	4.00	3.94	1.12	4.00
Endodoncia	13	3.31	1.93	4.00	3.77	1.24	4.00
Cirugía Bucal y Maxilofacial	25	3.84	1.89	4.00	3.68	1.25	4.00
Rehabilitación Oral	14	3.43	1.79	3.00	3.57	1.16	3.00
Odontología Restauradora y Estética	8	4.13	1.25	4.00	3.63	0.52	4.00
Ortodoncia y Ortopedia Maxilar	30	2.77	1.43	3.00	3.13	0.82	3.00
Periodoncia e Implantología	13	4.46	1.45	4.00	3.85	0.99	4.00
Administración y Gestión en Est. Salud Pública	4	5.00	1.41	5.50	4.00	1.41	4.50
Estomatológica	16	3.69	2.12	4.00	3.56	1.41	4.00
Total	160	3.61	1.77	4.00	3.58	1.08	4.00

Tabla 5: Diagnóstico de Caries para el caso del diente A y B

Variables	Diente A		Diente B	
	n	%	n	%
Diagnóstico de caries				
No presenta caries	21	13.13	67	41.88
Caries de esmalte	90	56.25	63	39.38
Caries dentinaria	44	27.50	22	13.75
No estoy seguro/a	5	3.13	8	5.00
Tratamiento				
Ningún tratamiento	1	0.63	12	7.50
Tratamiento con flúor	8	5.00	12	7.50
Sellante de fisura	33	20.63	60	37.50
Preparar solo la zona cariada de la fisura	23	14.37	23	14.37
Preparar solo la zona cariada de la fisura + sellado del resto de las fisuras	80	50.00	39	24.38
Preparación cavitaria que incluya la totalidad de las fosas y fisuras	15	9.38	14	8.75
Material restaurador				
Amalgama	0	0	1	0.63
Resina Compuesta	71	44.38	66	41.25
Ionómero de vidrio convencional	6	3.75	11	6.88
Ionómero de vidrio modificado con resina (fotocurado)	55	34.38	50	31.25
Otro	28	17.50	32	20.00

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Tabla 6: Conocimientos sobre caries dental

Variables	n	%
a-Piensa Ud. que la apariencia radiográfica de una caries proximal, comparada con las observaciones clínicas, usualmente indica		
Subestimación de la profundidad real	100	62.50
La profundidad real	27	16.88
Sobreestimación de la profundidad real	33	20.63
b- ¿Cuánto tiempo promedio cree Ud. que demora una caries proximal en progresar desde la superficie del esmalte hasta la dentina (en dentición permanente)?		
Menos de 6 meses	70	43.75
12 meses	55	34.38
13 a 23 meses	23	14.38
Más de 24 meses	12	7.50
c- "Si una lesión proximal es detectada radiográficamente cerca del límite amelodentinario (LAD) debe mantenerse en observación sin ser restaurada por al menos 6 meses para determinar si está activa y evaluar su tasa de progresión"		
De acuerdo	51	31.88
En desacuerdo	81	50.63
No estoy seguro(a)	28	17.50
d- "La cavitación de una lesión proximal usualmente no es visible al ojo desnudo aun cuando la lesión haya llegado al LAD". Con respecto a esta afirmación Ud. está:		
De acuerdo	119	74.38
En desacuerdo	24	15.00
No estoy seguro(a)	17	10.63
e- ¿Qué es para Ud. lo más importante?		
Es más importante restaurar todos los dientes cariados	30	18.75
Es más importante no restaurar innecesariamente dientes sanos	85	53.13
Los riesgos de cometer un error son de igual importancia	45	28.13

n: Frecuencia absoluta.

%; Frecuencia relativa.

ANEXO 1

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Valores y categorías
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la actualidad	Datos de la encuesta Parte 1	Cuantitativa	De razón	Años
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Datos de la encuesta Parte 1	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Año de egreso (pregrado)	Tiempo transcurrido desde que una persona ha culminado sus estudios superiores hasta la actualidad	Datos de la encuesta Parte 1	Cuantitativa	De razón	1. Menos de 5 años 2. Más de 5 años
Universidad de egreso (pregrado)	Institución donde una persona ha culminado sus estudios de educación superior	Datos de la encuesta Parte 1	Cualitativa	Nominal	Nombre de la Universidad
Especialidad	Estudio que realiza una persona en un área específica de acuerdo a su profesión	Datos de la encuesta Parte 1	Cualitativa	Nominal	1. Radiología Bucal y Maxilofacial 2. Estomatología de paciente especiales 3. Medicina y Patología Estomatológica 4. Odontopediatría 5. Endodoncia

					6. Cirugía Bucal y Maxilofacial 7. Rehabilitación Oral 8. Odontología Restauradora y Estética 9. Ortodoncia y Ortopedia Maxilar 10. Periodoncia e Implantología 11. Administración y Gestión en Estomatología 12. Salud Pública Estomatológica
Año de estudios	Periodo de estudios que cursa el alumno.	Datos de la encuesta Parte 1	Cualitativa	Ordinal	1. Primer año 2. Segundo año 3. Tercer año 4. Cuarto año
Criterio restaurador para lesión de caries proximal	Concepto para determinar la decisión correcta ante un caso de lesión de caries proximal	Datos de la encuesta Parte 2 pregunta N° 1A	Cualitativa	Ordinal	1. Mitad externa del esmalte 2. Mitad interna del esmalte 3. En limite amelodentinario 4. Tercio externo de la dentina 5. Mitad externa de la dentina 6. Mitad interna de la dentina
Técnica de preparación cavitaria proximal	Método para realizar una cavidad en la superficie proximal	Datos de la encuesta Parte 2 pregunta N° 1B	Cualitativa	Nominal	1. Clase II estricta 2. Preparación tipo túnel 3. Clase II tradicional (Black)
Material de restauración	Material que se utiliza para sustituir la estructura dentaria perdida	Datos de la encuesta Parte 2 pregunta N° 1C, 2C, 3C, 4C	Cualitativa	Nominal	1. Amalgama 2. Resina Compuesta 3. Ionómero de vidrio convencional

					4. Ionómero de vidrio modificado con resina (fotocurado) 5. Otro
Criterio restaurador para lesión de caries oclusal	Concepto para determinar la decisión correcta ante un caso de lesión de caries oclusal.	Datos de la encuesta Parte 2 pregunta N° 2A	Cualitativa	Ordinal	1. Grado 1 2. Grado 2 3. Grado 3 4. Grado 4 5. Grado 5
Técnica de preparación cavitaria oclusal	Método para realizar una cavidad en la superficie oclusal	Datos de la encuesta Parte 2 pregunta N° 2B	Cualitativa	Nominal	1. Eliminar solo el tejido cariado 2. Preparación cavitaria que se extiende abarcando todas las fosas y fisuras
Diagnóstico de caries	Relación que existe entre la apariencia clínica y radiográfica para determinar la extensión de la lesión de caries oclusal	Datos de la encuesta Parte 2 pregunta N° 3A, 4A	Cualitativa	Nominal	1. No presenta caries 2. Caries de esmalte 3. Caries dentinaria 4. No estoy seguro/a
Tipo de tratamiento a realizar	Manera de intervenir el diente, según el tipo de lesión de caries	Datos de la encuesta Parte 2, pregunta N° 3B,4B	Cualitativa	Nominal	1. Ningún tratamiento 2. Tratamiento con flúor 3. Sellante de fisura 4. Preparar solo la zona cariada de la fisura 5. Preparar solo la zona cariada de la fisura + sellado del resto de las fisuras 6. Preparación cavitaria que incluya la totalidad de las fosas y fisuras

Comparación clínica y radiográfica en una lesión de caries proximal	Relación que existe entre la lesión de caries observada clínicamente y radiográficamente.	Datos de la encuesta Parte 2 pregunta N° 5	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Subestimación de la profundidad real 2. La profundidad real 3. Sobreestimación de la profundidad real
Tiempo promedio del progreso de una caries proximal	Tiempo promedio que demora una lesión de caries proximal en progresar	Datos de la encuesta Parte 2 pregunta N° 6	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 6 meses 2. 12 meses 3. 13 a 23 meses 4. Más de 24 meses
Actividad y tasa de progresión de una lesión proximal	Probabilidad de que una lesión de caries existente se detenga o que progrese	Datos de la encuesta Parte 2 pregunta N° 7	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. De acuerdo 2. En desacuerdo 3. No estoy seguro
Cavitación de una lesión proximal	Proceso carioso que se produce en un diente resultando en una cavidad	Datos de la encuesta Parte 2 pregunta N° 8	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. De acuerdo 2. En desacuerdo 3. No estoy seguro
Importancia en la toma de decisiones	Conocimiento que se tiene al momento de tomar una decisión acerca de realizar una restauración o no	Datos de la encuesta Parte 2 pregunta N° 9	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es más importante restaurar todos los dientes cariados (aceptando el riesgo de algunas restauraciones innecesarias). 2. Es más importante no restaurar innecesariamente dientes sanos (aceptando el riesgo de no restaurar algunas lesiones de caries) 3. Los riesgos de cometer un error son de igual importancia.

ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE DECISIONES DE TRATAMIENTO DE CARIES OCLUSALES Y PROXIMALES

PARTE 1: DATOS DE FILIACIÓN

Edad _____ años

Sexo:

- 1. Masculino
- 2. Femenino

**Año de egreso
(pregrado):**

- 1. Menos de 5 años
- 2. Más de 5 años

**Universidad de
egreso (pregrado):** _____

Especialidad:

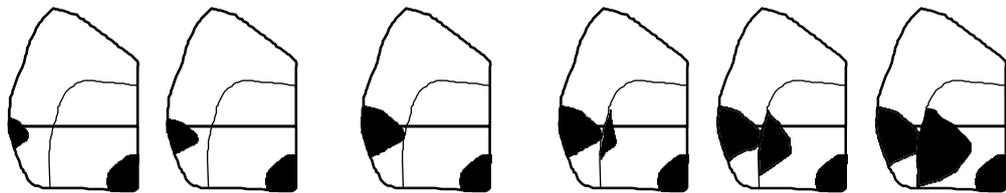
- 1. Radiología Bucal y Maxilofacial
- 2. Estomatología de Pacientes Especiales
- 3. Medicina y Patología Estomatológica
- 4. Odontopediatría
- 5. Endodoncia
- 6. Cirugía Bucal y Maxilofacial
- 7. Rehabilitación Oral
- 8. Odontología Restauradora y Estética
- 9. Ortodoncia y Ortopedia Maxilar
- 10. Periodoncia e Implantología
- 11. Administración y Gestión en Estomatología
- 12. Salud Pública Estomatológica

Año de estudios:

- 1. Primer año
- 2. Segundo año
- 3. Tercer año
- 4. Cuarto año

PARTE 2: CUESTIONARIO SOBRE EL TRATAMIENTO DE CARIES OCLUSALES Y PROXIMALES

1. a) La figura muestra diferentes estados radiográficos de la progresión de una caries proximal en la superficie distal de un segundo premolar superior. ¿Qué lesión (es) considera Ud. que requiere (n) tratamiento restaurador (operatorio) inmediato? Es decir, aquella (s) lesión (es) en las que Ud. no pospondría el tratamiento restaurador bajo ninguna circunstancia aun cuando el paciente tenga baja actividad de caries y buena higiene oral.



- | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Mitad
externa
del
esmalte | Mitad
interna
del
esmalte | En limite
amelodentinari
o | Tercio
externo
de la
dentina | Mitad
externa
de la
dentina | Mitad
interna de
la dentina |
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |

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

- 1. Clase II estricta.
- 2. Preparación tipo túnel.
- 3. Clase II tradicional (Black).

- c) ¿Qué material utilizaría para la lesión más pequeña que Ud. restauraría?

- 1. Amalgama
- 2. Resina Compuesta
- 3. Ionómero de Vidrio Convencional
- 4. Ionómero de Vidrio Modificado con Resina (fotocurado)
- 5. Otro

2. a) La figura muestra diferentes apariencias clínicas de caries oclusales de un segundo molar inferior. ¿Qué lesión (es) considera Ud. que requiere (n) tratamiento restaurador (operatorio) inmediato? Es decir, aquella (s) lesión (es) en las que Ud. no pospondría el tratamiento restaurador bajo ninguna circunstancia aun cuando el paciente tenga baja actividad de caries y buena higiene oral.



Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5
Caries	Pérdida	Pérdida	Pérdida	Pérdida
caracterizada	pequeña de	moderada de	considerable	considerable
por	tejido	tejido	de tejido	de tejido
coloraciones	dentario	dentario y/o	dentario y/o	dentario y/o
blancas/cafés	adamantino	caries en el	caries en el	caries en el
en esmalte,	con ruptura	tercio externo	tercio medio	tercio interno
sin	en su	de la dentina	de la dentina	de la dentina
cavitación.	superficie o	de acuerdo a	de acuerdo a	de acuerdo a
No hay	fisuras con	la	la	la
signos	esmalte	radiografía.	radiografía.	radiografía.
radiográficos	gris/opaco			
de caries.	y/o caries			
	confinada a			
	esmalte. No			
	hay signos			
	radiográficos			
	de caries.			
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

b) ¿Qué técnica de preparación cavitaria escogería para la lesión más pequeña que Ud. restauraría?

- 1. Eliminar sólo el tejido cariado.
- 2. Preparación cavitaria que se extiende abarcando todas las fosas y fisuras.

c) ¿Qué material utilizaría para la lesión más pequeña que Ud. restauraría?

- 1. Amalgama
- 2. Resina Compuesta
- 3. Ionómero de Vidrio Convencional
- 4. Ionómero de Vidrio Modificado con Resina (fotocurado)
- 5. Otro

3. a) Diagnóstico de Caries. Las preguntas corresponden a un paciente hipotético de 20 años de edad, quién visita al dentista anualmente, tiene baja actividad cariogénica y buena higiene oral. ¿Cree Ud. a partir de la apariencia clínica y radiográfica, que el diente A presenta caries oclusal de esmalte o dentina?

- 1. No presenta caries.
- 2. Caries de esmalte.
- 3. Caries dentinaria.
- 4. No estoy seguro/a.

Diente A



b) ¿Cómo trataría Ud. la superficie oclusal que se muestra en la figura (Diente A)?

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

c) Si decidiera restaurar este diente, ¿Qué material utilizaría?

- 1. Amalgama
- 2. Resina Compuesta
- 3. Ionómero de Vidrio Convencional
- 4. Ionómero de Vidrio Modificado con Resina (fotocurado)
- 5. Otro

4. a) Diagnóstico de Caries. Las preguntas corresponden a un paciente hipotético de 20 años de edad, quién visita al dentista anualmente, tiene baja actividad cariogénica y buena higiene oral. ¿Cree Ud. a partir de la apariencia clínica y radiográfica, que el diente B presenta caries oclusal de esmalte o dentina?

- 1. No presenta caries.
- 2. Caries de esmalte.
- 3. Caries dentinaria.
- 4. No estoy seguro/a.

Diente B



b) ¿Cómo trataría Ud. la superficie oclusal que se muestra en la figura (Diente B)?

- 1. Ningún tratamiento.
- 2. Tratamiento con flúor.
- 3. Sellante de fisura.
- 4. Preparar sólo la zona cariada de la fisura.
- 5. Preparar sólo la zona cariada de la fisura + sellado del resto de las fisuras.
- 6. Preparación que incluya la totalidad de las fisuras.

c) Si decidiera restaurar este diente, ¿Qué material utilizaría?

- 1. Amalgama
- 2. Resina Compuesta
- 3. Ionómero de Vidrio Convencional
- 4. Ionómero de Vidrio Modificado con Resina (fotocurado)
- 5. Otro

5. Piensa Ud. que la apariencia radiográfica de una caries proximal, comparada con las observaciones clínicas, usualmente indica (marque sólo una cruz):

- 1. Subestimación de la profundidad real.
- 2. La profundidad real.
- 3. Sobreestimación de la profundidad real.

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

- 1. Menos de 6 meses.
- 2. 12 meses.
- 3. 13 a 23 meses.
- 4. Más de 24 meses.

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

- 1. De acuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. No estoy seguro.

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

- 1. De acuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. No estoy seguro.

9. ¿Qué es para Ud. lo más importante?

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