



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

ACTITUDES Y PAUTAS CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO CON
INCRUSTACIONES ENTRE LOS ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS Y
ODONTÓLOGOS GENERALES

ATTITUDES AND CLINICAL GUIDELINES IN THE TREATMENT WITH
INLAYS AMONG SPECIALIST DENTISTS AND GENERAL DENTISTS

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA Y ESTÉTICA

AUTORES

ANA ELIZABETH RAMIREZ LOPEZ
GIANELLA NATALIA ROSAS RIVERA

ASESOR

JANETT MAS LOPEZ

CO-ASESOR

LIDIA YILENG TAY CHU JON

LIMA - PERÚ

2026

JURADO

Presidente: MG. ESP. LEYLA ANTOINETTE DELGADO COTRINA

Vocal: MG.ESP. NATALIA HENOSTROZA QUINTANS

Secretario: ESP. SADITH CAROLINA QUILLAY CASTILLO

Fecha de Sustentación: 21 de enero del 2026

Calificación: Aprobado con Honores

ASESORES DE TESIS

ASESOR

MG. ESP. JANETT MAS LOPEZ

Departamento Académico de Clínica Estomatológica

ORCID:0000-0002-9526-8856

CO-ASESOR

DRA. MG. LIDIA YILENG TAY CHU JON

Departamento Académico de Clínica Estomatológica

ORCID:0000-0002-1656-2804

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo, en primer lugar, a Dios, por brindarnos sabiduría, fortaleza y perseverancia para culminar esta etapa con éxito.

A nuestros padres y familiares, quienes con su amor, apoyo y confianza incondicional han sido el pilar fundamental en nuestra formación personal y profesional.

A nuestras mascotas, por su compañía silenciosa y reconfortante durante las largas jornadas de estudio.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a nuestra asesora, **Mg. Janett Mas**, y a nuestra coasesora, **Dr. Mg. Yileng Tay**, por su valiosa orientación, apoyo constante y dedicación en el desarrollo y ejecución del presente trabajo. Agradecemos profundamente su paciencia, disposición y compromiso en cada reunión, así como sus acertadas observaciones que enriquecieron esta investigación.

Asimismo, extendemos nuestro reconocimiento a nuestras docentes de la Segunda Especialidad, por sus enseñanzas, guía y aportes académicos a lo largo de estos años de formación, los cuales han sido fundamentales para nuestro crecimiento profesional.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	RAMIREZ LOPEZ ANA ELIZABETH
2.	ROSAS RIVERA GIANELLA NATALIA

Pertencientes al programa de la **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA Y ESTÉTICA**, autores del trabajo titulado: **ACTITUDES Y PAUTAS CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO CON INCRUSTACIONES ENTRE LOS ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS Y ODONTÓLOGOS GENERALES** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA Y ESTÉTICA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	MAS LOPEZ JANETT	ESTOMATOLOGÍA	ASESOR
2.	TAY CHU JON LIDIA YILENG	ESTOMATOLOGÍA	CO-ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **11 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3515263541**; fecha de entrega: **23-03-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 23 de marzo del 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 08274102
ORCID: 0000-0002-9526-8856

Firma del Co-asesor
N° DNI: 41875787
ORCID: 0000-0002-1656-2804



TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
III. Materiales y Métodos	5
IV. Resultados	9
V. Discusión	12
VI. Conclusiones	23
VII. Referencias Bibliográficas	24
VIII. Tablas, gráficos y figuras	29
Anexos	

RESUMEN

Los avances de la adhesión dental han generado una amplia variabilidad en las actitudes y pautas clínicas empleados por los odontólogos para colocación de incrustaciones, lo que hace necesario investigar dicha diversidad en función del nivel de formación académica.

Objetivo: Comparar actitudes y pautas clínicas para el tratamiento con incrustaciones entre odontólogos especialistas y odontólogos generales. **Materiales y métodos:** El estudio es transversal, descriptivo y observacional, realizado en el 2025 mediante un cuestionario de dieciséis preguntas cerradas y de respuestas múltiple aplicada a odontólogos especialistas y odontólogos generales de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, orientado a evaluar actitudes y pautas clínicas en el tratamiento con incrustaciones, abarcando el diagnóstico, ejecución y post tratamiento. **Resultados:** En las preguntas relacionadas con el diagnóstico, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en la toma de radiografías entre odontólogos especialistas y generales. En las preguntas relacionadas con la ejecución del tratamiento, se encontraron diferencias entre reposicionamiento de margen gingival y registro de mordida entre los grupos. En las preguntas de la etapa de post tratamiento, no se evidenció diferencias entre los grupos. **Conclusiones:** La formación especializada influye en la aplicación de pautas clínicas para el tratamiento con incrustaciones. Los odontólogos especialistas realizan con mayor frecuencia la toma radiográfica previa al tratamiento, el reposicionamiento del margen gingival y el registro de mordida; en los demás aspectos evaluados, no se observaron diferencias entre odontólogos especialistas y generales.

Palabras clave: Actitud, Incrustaciones, Pautas de práctica clínicas.

ABSTRACT

Advances in adhesive dentistry have led to wide variability in the attitudes and clinical guidelines used by dentists for inlay restorations, making it necessary to investigate such diversity by level of academic training. **Objective:** To compare the attitudes and clinical guidelines for inlay restorations between dental specialists and general practitioners. **Materials and methods:** This cross-sectional, descriptive, observational study was conducted in 2025 using a sixteen-item multiple-choice questionnaire administered to specialist and general dentists at Universidad Peruana Cayetano Heredia. The questionnaire aimed to assess attitudes and clinical practices in inlay restorations, including diagnostic, procedural, and post-treatment phases **Results:** In questions relate to diagnosis, a statistically significant difference was observed in the use of radiographs between specialist and general dentists. In questions relate to treatment execution, differences were observed between the groups regarding gingival margin repositioning and bite registration. In the post – treatment phase, no differences were observed between the groups. **Conclusions:** Specialized training influences the application of clinical guidelines for inlay restorations. Dental specialists more frequently obtain preoperative radiographs, perform gingival margin repositioning, and bite registration. In the remaining evaluated aspects, no differences were found between specialists and general dentists.

Keywords: Attitude, Inlay, Clinical practice guidelines

I. INTRODUCCIÓN

Con el desarrollo de los procedimientos adhesivos, la odontología moderna ha dado un paso importante en la manera de restaurar las piezas dentales con fines estéticos y mejorando las propiedades biomecánicas de la pieza dentaria (1).

La odontología biomimética tiene un enfoque conservador que permite al odontólogo enfocar una toma de decisiones basado en el análisis del tejido remanente para la restauración con incrustaciones (2).

Las incrustaciones son definidas como una restauración coronal parcial fabricada de resina compuesta, o de cerámica, que debe situarse con facilidad al momento de la cementación sobre la preparación dentaria (3), creando así, un diseño oclusal e interproximal natural (4).

Actualmente, la toma de decisiones en relación con las restauraciones con incrustaciones carece de un consenso definitivo, ya que existe una variabilidad en el análisis de tejido dentario (5).

Existen reportes que evidencian una comparación entre los odontólogos especialistas y odontólogos generales acerca del conocimiento, la actitud y las pautas clínicas sobre prótesis fija y de restauraciones directas e indirectas (1,3,4,6). Por ejemplo, en 2019, Abu Awwad encontró que existe incertidumbre y diferencias en la toma de decisiones de los odontólogos con respecto al recubrimiento de cúspides en dientes vitales y dientes tratados endodónticamente (7). En 2021, Rathi y col. compararon el conocimiento, la actitud y la práctica de la prótesis fija entre los odontólogos que trabajan en el sector público con los odontólogos que trabajan en el sector privado en Nepal, evidenciaron que los odontólogos muestran un nivel aceptable de conocimiento y conciencia, sin embargo, recomendaron que se continúe mejorando las competencias

de estos odontólogos en ese campo (8). Por otro lado, en el 2022, Azeez y col. evaluaron los materiales dentales de elección para las carillas y el conocimiento sobre sus procedimientos, en dentistas de la región Kurdistán entre odontólogos generales y especialistas, determinaron que el conocimiento de los odontólogos fue adecuado, sin embargo, deben estar actualizados para poder seguir el protocolo y elección de materiales al momento de realizar este tipo de tratamiento (9).

Los estudios revisados permiten observar que existe una diferencia significativa entre los odontólogos especialistas con los odontólogos generales, debido a que los odontólogos especialistas reciben un entrenamiento adicional luego de egresar que les permite realizar un análisis meticuloso para realizar una toma de decisiones basada en evidencia (2).

Hasta el momento, no se ha encontrado mucha información en la que se evalúe las actitudes y pautas clínicas en el tratamiento con incrustaciones, especialmente en lo que respecta al uso de exámenes auxiliares para establecer un diagnóstico definitivo. Además, es fundamental considerar la evaluación para la reposición del margen gingival, el registro de mordida, la elección del material de impresión, el material de cementación y el material definitivo para la confección de la incrustación, ya que todos estos pasos son esenciales dentro de la ejecución del tratamiento. Finalmente, es importante analizar si los odontólogos realizan controles posteriores a la cementación de la incrustación, ya que permiten detectar posibles complicaciones o necesidades de ajuste en etapas tempranas, contribuyendo así a la durabilidad y efectividad del procedimiento.

Los avances en adhesión en la odontología moderna han dado lugar a diversas actitudes y pautas clínicas que los odontólogos emplean para restaurar piezas dentarias con incrustaciones. Esta ambigüedad en la toma de decisiones sobre el tratamiento de incrustaciones se debe a la variabilidad de la información disponible en la literatura. Por ello, es crucial que la planificación del tratamiento se base en evidencia científica sólida para reducir las discrepancias clínicas (7). Por lo que, esta investigación tiene por objetivo, comparar actitudes y pautas clínicas para el tratamiento con incrustaciones entre odontólogos especialistas y odontólogos generales.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Comparar actitudes y pautas clínicas en el tratamiento con incrustaciones entre odontólogos especialistas y odontólogos generales.

Objetivos específicos:

1. Evaluar las actitudes y pautas clínicas de los odontólogos generales (OG) en el tratamiento con incrustaciones respecto al diagnóstico, ejecución de tratamiento y post tratamiento.
2. Evaluar las actitudes y pautas clínicas de los odontólogos especialistas en Odontología Restauradora y Estética (ORE) y en Rehabilitación Oral (RO) en el tratamiento con incrustaciones respecto al diagnóstico, ejecución de tratamiento y post tratamiento.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Transversal, descriptivo y observacional

Población y muestra

La población del presente estudio estuvo conformada por odontólogos generales (OG) del Perú colegiados y habilitados que se encontraban cursando la especialidad o algún programa de postgrado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia y los odontólogos especialistas que habían culminado sus estudios y obtenido el certificado y/o título en la especialidad de Odontología Restauradora y Estética (ORE) o especialidad de Rehabilitación Oral (RO) otorgado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El tamaño de muestra por conveniencia estuvo constituido por 153 odontólogos del registro de datos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia correspondientes al año 2025, de odontólogos cuyas edades oscilaron entre los 20 años a 65 años. Los OG (51) estuvieron colegiados, habilitados e inscritos en la especialidad o en algún programa de postgrado la Universidad Peruana Cayetano Heredia y los odontólogos especialistas en ORE (51) y RO (51) egresados del posgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia incluyendo a los residentes del último año, con el certificado y/o título de especialistas y que cumplieron con los criterios establecidos.

Aspectos éticos del estudio

Este estudio se realizó luego de recibir una 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). Se mantuvo la confidencialidad de los participantes, ya que los resultados obtenidos estuvieron codificados y no permitieron la identificación individual de los encuestados.

Criterios de selección

En cuanto a los criterios de inclusión: OG colegiados y habilitados que se encontraban cursando la especialidad o algún programa de postgrado en la Universidad Peruana Cayetano desde el año 2025, así como a odontólogos egresados de las especialidades en ORE y RO egresados del posgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia incluyendo a los residentes del último año, cuyas edades se encontraban en el rango de 20 a 65 años; y se excluyó a los odontólogos que no cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

Procedimientos y técnicas

Se elaboró un cuestionario que fue sometido a un proceso de validación de contenido mediante juicio de expertos (Anexo 2). Dicho panel estuvo conformado por tres docentes especialistas en Odontología Restauradora y Estética y dos docentes especialistas en Rehabilitación Oral, quienes evaluaron la pertinencia, relevancia y claridad de cada ítem.

El cuestionario estuvo compuesto por dieciséis preguntas distribuidas en dos secciones: trece preguntas cerradas y tres de respuestas múltiples. La primera sección

incluyó seis preguntas orientadas a recopilar los datos demográficos y laborales, mientras que la segunda sección consistió en diez preguntas sobre la actitud y las pautas clínicas en el tratamiento con incrustaciones entre odontólogos especialistas y odontólogos generales. En la primera etapa del cuestionario, los participantes tuvieron acceso al consentimiento informado, así como la solicitud de su nombre y correo electrónico, con el propósito de garantizar una participación voluntaria. En la segunda etapa, se presentaron siete preguntas cerradas y tres de respuestas múltiples, las cuales se detallan en los Anexos 3 y 4.

Para la distribución del cuestionario, se solicitó al área de postgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia las listas de los ex alumnos del postgrado de segunda especialidad profesional en Odontología Restauradora y Estética (ORE) y en Rehabilitación Oral (RO). Los odontólogos generales (OG) correspondieron a los ingresantes e inscritos a programas de postgrado del periodo de mayo de 2025. Este fue enviado en línea, mediante correo electrónico, *whatsapp* y a través de la plataforma formulario de Google (https://docs.google.com/forms/d/1vW_qWstY9M-gcT5dqfFbQdZO1jN-UZvEFru17yL6Rdg/edit) (Anexo 3 y 4). Asimismo, se aplicó una versión impresa del cuestionario dentro de las instalaciones de la universidad, en las sedes de San Isidro y CREO.

Análisis Estadístico

Los datos de los cuestionarios completados fueron recolectados y analizados. El análisis estadístico se realizó utilizando el software estadístico STATA (versión 29.0). Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con un nivel de significancia de $P < 0.05$. Los resultados fueron analizados y comparados utilizando estadísticas de

frecuencia absoluta y relativa, la prueba Chi-cuadrada y la prueba Chi-cuadrada corregida por Yates.

IV. RESULTADOS

En el estudio participaron un total de 153 odontólogos; 66 % fueron mujeres y 34 % fueron hombres. La mayoría de los participantes en 99,3 % fueron de nacionalidad peruana. Respecto al nivel de formación académica, 66,7 % fueron especialistas, de los cuales fueron 51 de ORE y 51 de RO; mientras que 33,3 % fueron OG. Todos los datos demográficos se encuentran en la tabla 1.

La frecuencia con la que los participantes solicitan radiografías previas al inicio del tratamiento varía de manera significativa ($p < 0,001$) según el grado académico. Los resultados muestran que la mayoría de los odontólogos especialistas en ORE (94,12%) y en RO (80,39%) refieren utilizarlas “siempre” y en menor proporción en OG (60,78%). (Figura 1)

La frecuencia con la que los participantes realizan pruebas de vitalidad pulpar previas al inicio del tratamiento no mostró variaciones estadísticamente significativas ($p = 0,614$). Los datos obtenidos evidencian que en el grupo de odontólogos especialistas en ORE (50,98%) y en RO (43,14%) y el grupo de OG (54,90%), tienen un comportamiento homogéneo en realizar “a veces” esta práctica. (Figura 2)

Respecto a la práctica de reposicionamiento del margen gingival, se evidenció que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) según el nivel de formación. Los resultados muestran mayor proporción para los participantes que respondieron realizar este procedimiento “a veces”, siendo así los odontólogos especialistas en ORE (82,35%), en RO (80,39%) y para OG (66,67%). (Figura 3)

La frecuencia en la ejecución de sellado dentinario inmediato durante el tratamiento es similar entre los grupos, sin evidenciarse diferencias estadísticamente significativas

($p = 0,489$). La actitud frente a este procedimiento para odontólogos especialistas en ORE (35,29%), en RO (39,22%) y para OG (25,49%) es similar en realizarlo “a veces”. (Figura 4)

En la elección del material para la impresión definitiva no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes ($p = 0,148$). Los resultados indican que el material con mayor preferencia para impresiones definitivas fue la silicona por adición en los grupos de odontólogos especialistas en ORE (50,98%) y RO (35,29%), así como para el grupo de OG (47,06%). Por otro lado, la silicona por condensación fue utilizada con mayor frecuencia por el grupo OG (31,37%) en comparación con los odontólogos especialistas en ORE y RO, quienes presentaron una frecuencia similar (5,88%). El uso del escáner intraoral se registró exclusivamente en los odontólogos especialistas, con mayor frecuencia en ORE (9,80%) y RO (7,84%). El uso de materiales variados fue más frecuente en RO (50,98%), seguido de ORE (33,33%) y OG (17,65%). Por otro lado, el uso del escáner intraoral en combinación con otros materiales de impresión fue más frecuente en RO ($n=26$), seguido de ORE ($n = 14$) y OG ($n = 3$). (Figura 5)

El registro de mordida como procedimiento durante el tratamiento de incrustaciones evidenció discrepancias estadísticamente significativas entre los grupos ($p < 0,001$). Los resultados evidencian que los odontólogos especialistas en ORE (98,04%) y en RO (94,12%) realizan “siempre” este procedimiento que los OG (76,47%). (Figura 6)

El material utilizado con mayor frecuencia para la fabricación de incrustaciones fue similar entre los grupos, sin evidenciarse diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,186$). Los resultados indican que la resina de laboratorio fue el material más

utilizado por los odontólogos especialistas en ORE (58,82%), en RO (45,10%) y los OG (43,14%). Por otro lado, la mayor variabilidad en la elección de materiales se observó en los odontólogos especialistas en RO (41,18%) y ORE (27,45%), quienes reportaron con mayor frecuencia más de un material para la fabricación de incrustaciones, en comparación con OG (15,69%). (Figura 7)

Respecto a la comunicación con el técnico dental durante el proceso de confección de la incrustación, no se evidenció diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,052$) entre los grupos. Se observa una frecuencia similar entre los participantes que respondieron realizarlo “siempre” para el grupo de odontólogos especialistas en ORE (84,31%) y en RO (72,55%) y para el grupo de OG (62,75%). (Figura 8)

En cuanto al material de cementación preferente, no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,239$). El material con mayor preferencia fue el cemento resinoso dual para todos los grupos, los odontólogos especialistas en ORE (56,86%) y en RO (58,82%) y para los OG (56,86%). Asimismo, se observó una mayor variabilidad en la elección del agente cementante en el grupo de odontólogos especialistas, principalmente en RO (33,33%) y ORE (27,45%), mientras que en el grupo de OG (9,80%) presentó una menor variabilidad. (Figura 9)

El control luego de la cementación de incrustaciones constituye una práctica común entre los participantes, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,057$). Los resultados indican una mayor frecuencia “a la semana” posterior a la cementación, tanto para los odontólogos especialistas en ORE (92,16%) y en RO (88,24%), como para los OG (80,39%). (Figura 10)

V.DISCUSIÓN

En la odontología moderna, las incrustaciones, son una alternativa eficaz y conservadora para la restauración de dientes con amplia destrucción coronal, puesto que son elaboradas para adaptarse a la preparación dental permitiendo devolver no solo la función si no también la estética (10).

Este estudio evaluó las actitudes y pautas clínicas en el tratamiento con incrustaciones entre odontólogos especialistas y odontólogos generales. Los resultados de este estudio para la evaluación diagnóstica, en el que se incluyen la toma de radiografía y la prueba de vitalidad pulpar, revelaron que la mayoría de los participantes toma radiografías previas al tratamiento. Sin embargo, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los odontólogos especialistas en ORE (94,12%), en RO (80,39%) y los odontólogos generales (60,78%). Este resultado es similar al estudio de Vural y col., sobre la frecuencia del uso radiográfico por odontólogos especialistas (55,6%) y por odontólogos generales (27,3%) (11). Los odontólogos especialistas tienden a solicitar un mayor número de radiografías probablemente debido a la complejidad de los casos clínicos que atienden, los cuales requieren una evaluación diagnóstica más precisa. Esta práctica se relaciona con la formación especializada que reciben, la cual les permite reconocer la necesidad de un diagnóstico más detallado para un tratamiento adecuado, en comparación con los odontólogos generales, que solicitan las radiografías sólo cuando el paciente presenta sintomatología o hay sospecha de compromiso pulpar. Por otro lado, en relación con las pruebas de vitalidad pulpar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,614$) entre los grupos. (OG:54,90%; ORE:50,98%; RO:43,14%). Este hallazgo es similar al estudio de Alhoumaidan y col., donde se indica que el 45,5% de los odontólogos realiza este

examen clínico antes del tratamiento (6). En contraste, Mohamed y Neamat reportaron que el 46% de los odontólogos nunca realizaba las pruebas de vitalidad pulpar como parte de la evaluación complementaria (12). Esto podría atribuirse al hecho de que dichas pruebas no forman parte de la evaluación diagnóstica inicial, sino que suelen emplearse en casos en donde existe sospecha acerca del estado de la vitalidad pulpar, especialmente cuando los hallazgos radiográficos y la sintomatología clínica no son concluyentes. Además, su aplicación puede depender del criterio clínico de cada odontólogo. Gopikrishna y col., indican en su revisión que las pruebas de vitalidad pulpar constituyen una herramienta complementaria utilizada por los odontólogos durante la planificación y ejecución de tratamientos que involucran el complejo dentino pulpar. Si bien estas pruebas no ofrecen resultados absolutos, esto no resta valor a su utilidad diagnóstica, ya que aportan información clínica significativa que facilita la toma de decisiones más precisa y fundamentada (13).

Dentro del tratamiento y protocolo clínico restaurador, se consideró el reposicionamiento del margen gingival, sellado dentinario inmediato, tipo de material de impresión definitiva, registro de mordida, tipo de material para incrustaciones, la comunicación con el técnico y el cemento a utilizar. En lo que respecta con el reposicionamiento del margen gingival, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre los grupos. Este procedimiento es realizado con mayor frecuencia por odontólogos especialistas RO (80,39%) y en ORE (82,35%), quienes reportaron hacerlo ocasionalmente en una proporción más alta que los OG (66,67%). Estos hallazgos sugieren que el reposicionamiento del margen gingival es un procedimiento más común entre los odontólogos especialistas, quienes buscan realizar tratamientos mínimamente invasivos y, gracias a su formación

académica, desarrollan la competencia teórica y la destreza clínica necesarias para llevar a cabo este tipo de procedimiento de manera adecuada. Binalrimal y col., en su estudio reportan que el 66.9% de la población encuestada conoce sobre este procedimiento, mientras que solo el 30% de los odontólogos ha utilizado esta técnica en su práctica clínica (14). En nuestro estudio, el grupo OG (29,41%) indicaron no realizar nunca este procedimiento, en comparación con los odontólogos especialistas en ORE (3, 92%) y en RO (1,96%). Asimismo, Binalrimal y col., reportan que el 63,4% de los odontólogos nunca ha utilizado esta técnica (14). Por otro lado, Baik y col. informaron que el 55,6% de odontólogos generales manifestó preferir recomendar a un colega para la realización de este procedimiento (15). Esto podría atribuirse a que los odontólogos generales, no reciben una formación con la variedad de materiales que existen en el mercado para la ejecución del tratamiento.

Los resultados muestran que no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,489$) para el procedimiento de sellado dentinario inmediato entre los grupos (ORE :35,29%; RO :39,22%; OG: 25,49%). Estos hallazgos sugieren que la existencia de programas de formación a corto plazo, como los cursos de educación continua, diplomados y congresos, son estrategias de actualización constante, utilizados por el grupo de odontólogos generales. Además, a diferencia de otros procedimientos clínicos más complejos, el sellado dentinario inmediato resulta relativamente más sencillo de comprender y aplicar, lo que facilita su incorporación en la práctica diaria tanto para odontólogos especialistas como para odontólogos generales. Asimismo, diversos autores han señalado los beneficios clínicos del sellado dentinario inmediato en la longevidad de las restauraciones indirectas. Samartzi y col., en su revisión de literatura, destacan que esta técnica ofrece ventajas clínicas sostenidas principalmente

en evidencia proveniente de estudios in vitro (16). De manera complementaria, Ozer y col., en el 2024, reafirman estos hallazgos, lo que permite evidenciar una consolidación progresiva de la técnica en la práctica clínica. Uno de los aspectos más destacados en la literatura es que el sellado dentinario inmediato contribuye a mejorar la resistencia de adhesión, un factor considerado como un indicador confiable de la longevidad de las restauraciones indirectas. Además, esta técnica presenta múltiples beneficios clínicos, como la conservación del tejido dentinario, mayor comodidad para el paciente, reducción del riesgo de contaminación bacteriana y de la desadaptación marginal, protección pulpar y una mejor adhesión (17). Estas características convierten al sellado dentinario inmediato en una estrategia prometedora dentro de los protocolos adhesivos modernos, lo que justifica y respalda su aplicación en la práctica clínica actual.

A pesar de que no existe una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,148$) en la selección de material de impresión definitiva entre los grupos, en nuestro estudio el material de elección fue la silicona por adición, tanto para los odontólogos especialistas en ORE (50,98%) como en RO (35,29%) y los OG (47,06%). En contraste, Mohamed y Neamat, en su evaluación de la calidad de trabajo de prótesis fija, reportaron que la silicona por adición fue el material menos preferido por los odontólogos (7,40%) para la toma de impresiones definitivas. Sin embargo, estudios más recientes evidencian resultados distintos, similares a los obtenidos en nuestra investigación. Brunton y col. informaron que el uso de la silicona por adición es el preferido por la mayoría de los odontólogos (54,6%), atribuyéndolo a sus propiedades dimensionales más estables (18).

Por otro lado, el uso de silicona por condensación fue preferido por el grupo de OG en mayor porcentaje (31,37%) que por los odontólogos especialistas en un porcentaje similar (5, 88%) respectivamente para cada grupo. Asimismo, otros estudios obtuvieron resultados similares en cuanto a la preferencia por este tipo de silicona (12,18). No obstante, la silicona por condensación es utilizada con menor frecuencia debido a su menor estabilidad dimensional, lo cual puede comprometer la precisión de las impresiones definitivas (18).

El uso exclusivo del escáner intraoral fue utilizado por los odontólogos especialistas en ORE (9, 80%) y en RO (7,84%). Asimismo, la técnica de escáner intraoral junto con otras alternativas de impresión definitiva fue elegida por los tres grupos RO (n= 26); ORE (n= 14); OG (n= 3). De acuerdo con la revisión de literatura realizada por Mangano y col., los escáneres intraorales están siendo más empleados en distintas áreas de la odontología (19). Bohner y col., señalan que la precisión del escáner intraoral puede variar dependiendo de la aplicación clínica y el tipo de dispositivo empleado; sin embargo, diversos estudios coinciden en que la toma de impresión digital ofrece una precisión clínicamente aceptable para la fabricación de restauraciones indirectas (19,20). No obstante, es importante considerar que la implementación de esta tecnología requiere de una curva de aprendizaje que debe ser tomada en cuenta al integrarla en la práctica clínica (19). En este contexto, Yilmaz y col., en su estudio que comparó técnicas de impresión convencionales y digitales, informaron que los odontólogos tienden a preferir la técnica de impresión en la que han desarrollado mayor experiencia clínica, y demostraron que la experiencia del operador influye de manera significativa en la elección y percepción de la técnica utilizada (21).

Es importante considerar que tanto los materiales convencionales como la técnica digital siguen siendo relevantes en la práctica odontológica. La silicona por adición destaca como el material más utilizado por su estabilidad dimensional, mientras que la silicona por condensación, aunque menos precisa, podría ser elegida por algunos odontólogos generales. El escáner intraoral, aunque requiere inversión y capacitación, se presenta como una opción eficaz y precisa en creciente uso.

Para el registro de mordida, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p < 0,001$). Este procedimiento es realizado con mayor frecuencia por los odontólogos especialistas en ORE (98,04%) y en RO (94,12%) que por OG (76,47%). Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Alhoumaidan y col., quienes indicaron que el 83,4% de los odontólogos realiza este procedimiento, en caso de reemplazo de múltiples piezas dentarias (6). De forma similar, Maru y col., evidenciaron que la mayoría de los profesionales (79%) emplea materiales de registro interoclusal en la confección de prótesis fijas (22).

Estas referencias refuerzan la importancia clínica del registro de mordida, ya que se trata de un procedimiento fundamental para garantizar el éxito funcional y estético de las restauraciones indirectas. La mayor frecuencia de su aplicación por parte de los odontólogos especialistas puede atribuirse a la complejidad de los casos clínicos que suelen realizar, los cuales requieren una mayor precisión oclusal para lograr resultados favorables, a diferencia de los odontólogos generales, quienes tienden a enfrentar casos clínicos menos complejos o por procedimientos más simplificados.

El material utilizado con mayor frecuencia para la fabricación de incrustaciones es la resina de laboratorio, entre los odontólogos especialistas en ORE (58,82%) y en RO

(45,10%), y como para OG (43,14%). Por otro lado, se observó mayor variabilidad de elección de material para las incrustaciones en los odontólogos especialistas en RO (41,18%) y ORE (27,45%) en comparación con OG (15,69%). En la revisión sistemática y metaanálisis de Bustamante-Hernandez y col., en 2020, destacan las propiedades de las resinas compuestas, considerando que son materiales versátiles para el mantenimiento en las restauraciones indirectas (23). Sin embargo, un estudio retrospectivo más reciente realizado por Spyropoulou y col., evidenciaron que la incrustación de cerámica presentó un mayor rendimiento clínico en comparación con las incrustaciones de resina compuesta, aunque la diferencia entre ambos materiales no fue estadísticamente significativa (24). De acuerdo con la evidencia disponible, no existe un material ideal para la confección de incrustaciones, por lo que la decisión clínica depende de múltiples factores, entre ellos, las propiedades mecánicas del material, el espesor del remanente dentario y la técnica de adhesión utilizada. En este contexto, las resinas de laboratorio son una opción válida, ya que permiten protocolos de cementación simplificados, utilizando materiales y recursos comúnmente disponibles en el consultorio, lo que facilita su aplicación en la práctica diaria.

Con respecto a la comunicación habitual con el técnico dental durante el proceso de confección de la incrustación, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,052$) entre los odontólogos especialistas en ORE (84,31%) y en RO (72,55%) y OG (62,75%). Contrasta con los hallazgos de Tulbah y col., quienes identificaron una comunicación deficiente entre el odontólogo y el laboratorio dental, especialmente en aspectos técnicos como el diseño de márgenes y la selección de materiales (25). Esto podría explicarse por la creciente concientización de los pacientes respecto a su salud bucal y demandas estéticas, lo que ha llevado a solicitar

tratamientos más complejos y con ello, una mejora en los procesos de comunicación clínico-laboratorio. En esta línea Ismail y Al-Moghrabi enfatizan la importancia de establecer una relación colaborativa, basada en la confianza y la comunicación bidireccional, como elemento clave para optimizar los resultados protésicos y garantizar la satisfacción del paciente (26).

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,239$) para la selección de material de cementación. El material con mayor preferencia es el cemento resinoso dual para los odontólogos especialistas en ORE (56,86%) y en RO (58,82%) y para OG (56,86%). Se observó una mayor variabilidad en la elección de materiales de cementación entre los odontólogos especialistas en RO (33,33%), en ORE (27,45%) y los OG (9,80%). De acuerdo con la literatura, el cemento resinoso dual es considerado el estándar de oro para la cementación de incrustaciones, ya que alcanzan un grado de conversión elevado cuando se emplean de manera adecuada ambos mecanismos de activación, por lo que ofrece propiedades fisicoquímicas y mecánicas óptimas (27). En la actualidad, se dispone de diversas opciones de agentes cementantes para el desarrollo de una odontología adhesiva. En este sentido, los cementos resinoso-autoadhesivos, presentan un desempeño clínico semejante al cemento resinoso dual. Alvarenga y col., en el 2024, desarrollaron una revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorizados con el propósito de comparar el desempeño clínico de los cementos de resina autoadhesivos frente a los cementos convencionales, específicamente en relación con tasas de fracaso de las restauraciones, reportan que ambos cementos tienen un desempeño similar (27, 28). Los cementos resinosos autoadhesivos no requieren grabado ácido ni la aplicación de adhesivos y dentro de su composición incluye monómeros funcionales como el MDP,

el cual favorece la adhesión tanto para el sustrato como para el material restaurador. Por otro lado, los cementos fotopolimerizables dependen exclusivamente de la activación por luz, lo que puede limitar su uso en restauraciones de mayor espesor (29). En síntesis, el protocolo de cementación es un factor determinante para el desempeño y longevidad de estas restauraciones indirectas y la elección del cemento debe determinarse en función al material restaurador, el tipo de preparación y las condiciones clínicas de cada caso (29, 30). Aunque no se evidenciaron diferencias significativas, los odontólogos especialistas demuestran un criterio más sólido en la selección del agente cementante según las particularidades de cada caso, en comparación con los odontólogos generales, quienes tienden a limitarse al uso de un número reducido de agentes cementantes.

Finalmente, para el control luego de la cementación de incrustaciones, constituye una práctica común entre los odontólogos especialistas ORE (92,16%) y en RO (88, 24%) y los odontólogos generales (80,39%) realizarlo “a la semana”. En un estudio retrospectivo de hasta nueve años, Galiatsatos y col., evaluaron la longevidad clínica de las incrustaciones, incorporando el control a la semana dentro de sus protocolos de seguimiento. Durante esta evaluación inicial se reportó sensibilidad postoperatoria en 60 dientes, la cual remitió progresivamente hacia la segunda semana, sin generar molestias posteriores (31). Aunque los autores no profundizan en la justificación de este control temprano, su inclusión dentro del protocolo clínico refuerza la importancia de realizar una revisión a corto plazo tras la cementación.

Eggman y col., en su estudio interdisciplinario sobre recomendaciones en restauraciones indirectas, mencionan que el control y seguimiento son de utilidad para garantizar su durabilidad, funcionalidad y salud periodontal. Es importante evaluar la

oclusión y la articulación, realizando ajustes necesarios para la corrección de contactos prematuros, hiperoclusión o interferencias. Además, las superficies rugosas deben ser pulidas para minimizar la acumulación de *biofilm* dental y reducir el riesgo de fracturas. Asimismo, se recomienda supervisar los hábitos parafuncionales, ya que estos pueden comprometer la integridad de la restauración (32). Estos hallazgos sugieren que los odontólogos reconocen la importancia de realizar un control posterior a la cementación de las incrustaciones; sin embargo, sería relevante profundizar en esta actitud se basa en un conocimiento clínico sólido sobre la importancia del control temprano o si responde principalmente a una práctica adquirida por costumbre.

Aunque las diferencias estadísticamente significativas entre odontólogos especialistas y odontólogos generales no fueron numerosas, se evidenciaron en algunos aspectos específicos evaluados. Es posible que la formación continua que muchos odontólogos generales podrían estar recibiendo mediante cursos o diplomados de actualización, contribuyen a homogeneizar ciertos criterios clínicos respecto a los odontólogos especialistas, atenuando las discrepancias entre ambos grupos. En cuanto a la comparación de los especialistas de ORE y RO, ambos mostraron tendencias similares en la elección de materiales y protocolos clínicos, lo que sugiere una estandarización en los criterios restauradores adhesivos.

No obstante, el presente estudio presenta limitaciones, entre ellas que la población estuvo conformada exclusivamente por egresados y profesionales vinculados a la Universidad Peruana Cayetano Heredia, lo que podría restringir la generalización de los resultados. Es posible que existan variaciones en los criterios clínicos y en la selección de materiales entre odontólogos formados en otras instituciones del país. Por ello, se recomienda que futuras investigaciones amplíen la muestra a distintas

universidades y regiones del Perú, asimismo, se sugiere profundizar en las preguntas e ítems específicos abordados en el cuestionario empleado en el presente estudio, con el propósito de obtener una comprensión más exhaustiva y una visión más representativa del panorama profesional a nivel nacional.

Finalmente, la formación especializada influye positivamente en la aplicación de pautas clínicas para el tratamiento con incrustaciones. En este sentido, se resalta la importancia de fortalecer los programas de educación dirigidos a odontólogos generales, promoviendo la actualización profesional en técnicas restauradoras indirectas que contribuyan a la mejora de la calidad del tratamiento y de los resultados clínicos a largo plazo.

VI.CONCLUSIONES

Se concluye que la formación especializada influye en la aplicación de pautas clínicas para el tratamiento con incrustaciones. Los odontólogos especialistas realizan con mayor frecuencia la toma radiográfica previa al tratamiento, el reposicionamiento del margen gingival y el registro de mordida; en los demás aspectos evaluados, no se observaron diferencias entre odontólogos especialistas y generales.

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Hegde VR, Joshi SR, Hattarki SA, Jain A. Morphology-driven preparation technique for posterior indirect bonded restorations. J Conserv Dent. 2021; 24(1):100- 104.
2. Kimble P, Stuhr S, McDonald N, Venugopalan A, Campos MS, Cavalcanti B. Decision Making in the Restoration of Endodontically Treated Teeth: Effect of Biomimetic Dentistry Training. Dent J. 2023;11(7):159-174.
3. Veneziani M. Posterior indirect adhesive ^{[[1]]}restorations: updated indications ^{[[1]]}and the Morphology Driven ^{[[1]]}Preparation Technique. Int J Esthet Dent. 2017; 12(2):204–230.
4. Staněk J, Riad A, Le A, Bernát M, Hammal M, Azar B. Survival of Prosthodontic Restorations Luted with Resin-Based versus Composite-Based Cements: Retrospective Cohort Study. Materials. 2022 ;15(1):312-329.
5. Cardoso JA, Almeida PJ, Negrão R, Oliveira JV, Venuti P, Taveira T, Sezinando A. Clinical guidelines for posterior restorations based on Coverage, Adhesion, Resistance, Esthetics, and Subgingival management. The CARES concept: Part I – partial adhesive restorations. Int J Esthet Dent. 2023;18(3):244-265.
6. Alhoumaidan A, Mohan MP, Doumani M. The knowledge, attitude and practice of fixed prosthodontics: A survey among Qassim dental practitioners. J Family Med Prim Care 2019;8(9):2882-2887.
- 7.Abu-Awwad M. Dentists' decisions regarding the need for cuspal coverage for endodontically treated and vital posterior teeth. Clin Exp Dent Res. 2019;5(4):326-335.

8. Rathi A, Jha RK, Bhochhibhoya A, Guragain M. The knowledge, Attitude and Practice of Fixed Prosthodontics: A Survey Among Dental Practitioners in Eastern Nepal. *J Nepal Prosthodont Soc.* 2021;4(2):96- 102.
9. Azeez SM, Amin BK, Hamid Nk, Saber AA. Knowledge protocol of direct and indirect veneers among dental practitioners- a case study. *Polytech J.* 2023; 12(2):121-128.
10. Alakkad TMA, Alshammari NM, Alhertani SMR, Rizq IM, Musawi KA, Alalwan AA, et al. Long-term success of inlay and onlay procedures in dental repairs. *Int J Community Med Public Health* 2024;11(10): 4089-4092.
11. Vural UK, Gökalp S. Diagnostic methods for dental caries used by private dental practitioners in Ankara. *Niger J Clin Pract* 2017;20(1):382- 387.
12. Mohamed AB, Abu-Bakr NH. Assessment of crown and bridge work quality among Sudanese dental practitioners. *J Indian Prosthodont Soc.* 2010;10(1):53–56.
13. Gopikrishna V, Pradeep G, Venkateshbabu N. Assessment of pulp vitality: a review. *Int J Paediatr Dent.* 2009;19(1):3-15.
14. Binalrimal SR, Banjar WM, Alyousef SH, Alawad MI, Alawad GI. Assessment of knowledge, attitude, and practice regarding Deep Margin Elevation (DME) among dental practitioners in Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care.* 2021;10(5):1931-1937.
15. Baik KM. The Opinions and Practices of Saudi Arabian Dentists about Cervical Margin Relocation. *J Contemp Dent Pract.* 2022;23(6):639-645.

16. Samartzi TK, Papalexopoulos D, Sarafianou A, Kourtis S. Immediate Dentin Sealing: A Literature Review. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2021;13(1):233-256.
17. Ozer F, Batu Eken Z, Hao J, Tuloglu N, Blatz MB. Effect of Immediate Dentin Sealing on the Bonding Performance of Indirect Restorations: A Systematic Review. *Biomimetics (Basel)*. 2024;9(3):182.
18. Brunton PA, Ratnayake J, Loch C, Veerasamy A, Cathro P, Lee R. Indirect Restorations and Fixed Prosthodontics: Materials and Techniques Used by General Dentists of New Zealand. *Int J Dent*. 2019;2019(2):1-6.
19. Mangano F, Gandolfi A, Luongo G, Logozzo S. Intraoral scanners in dentistry: a review of the current literature. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):149-159.
20. Bohner L, Gamba DD, Hanisch M, Marcio BS, Tortamano Neto P, Laganá DC, Sesma N. Accuracy of digital technologies for the scanning of facial, skeletal, and intraoral tissues: A systematic review. *J Prosthet Dent*. 2019;121(2):246-251.
21. Yilmaz H, Eglenen MN, Cakmak G, Yilmaz B. Effect of Impression Technique and Operator Experience on Impression Time and Operator-Reported Outcomes. *J Prosthodont*. 2021;30(8):676-683.
22. Maru K, Dwivedi A, Agarwal J, Vyas A, Jain S, Kulkarni P. Trends in Selection, Usage, and Techniques of Interocclusal Record Materials among Private Dental Practitioners: A Survey. *Contemp Clin Dent*. 2018;9(1):S127-S132.
23. Bustamante-Hernández N, Montiel-Company JM, Bellot-Arcís C, Mañes-Ferrer JF, Solá-Ruiz MF, Agustín-Panadero R, Fernández-Estevan L. Clinical behavior of

ceramic, hybrid and composite onlays: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2020;17(20):7582.

24. Spyropoulou N, Diamantopoulou S, Patrinos S, Papazoglou E. Retrospective clinical study of resin composite and ceramic indirect posterior restorations up to 11 years. *Prosthesis*. 2025;7(5):108.

25. Tulbah H, AlHamdan E, AlQahtani A, AlShahrani A, AlShaye M. Quality of communication between dentists and dental laboratory technicians for fixed prosthodontics in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Dent J*. 2017;29(3):111-116.

26. Ismail EH, Al-Moghrabi D. Interrelationship between dental clinicians and laboratory technicians: a qualitative study. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):682.

27. Ashraf H, El Tannir A, El Zohairy A, Kamal D. Clinical performance of indirect hybrid ceramic onlay restorations cemented with injectable resin composite versus dual-cure resin cement: an 18-month randomized clinical trial. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):1419.

28. Alvarenga M, Machado L, Prado A, Veloso S, Monteiro G. Self-adhesive resin cement versus conventional cements on the failure rate of indirect single-tooth restorations: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Prosthet Dent*. 2024;132(5): 880.e1-880.e8.

29. Heboyan A, Vardanyan A, Karobari MI, Marya A, Avagyan T, Tebyaniyan H, Mustafa M, Rokaya D, Avetisyan A. Dental Luting Cements: An Updated Comprehensive Review. *Molecules*. 2023;28(4):1619.

30. Tosco V, Monterubbianesi R, Orilisi G, Sabbatini S, Conti C, Özcan M, Putignano A, Orsini G. Comparison of two curing protocols during adhesive cementation: can the step luting technique supersede the traditional one? *Odontology*. 2021;109(2):433-439.
31. Galiatsatos A, Galiatsatos P, Bergou D. Clinical Longevity of Indirect Composite Resin Inlays and Onlays: An Up to 9-Year Prospective Study. *Eur J Dent*. 2022;16(1):202-208.
32. Eggmann F, Orta AL, Abdulmajeed A, Att W, Beuer F, Bergler M, et al. Interdisciplinary Delphi study by PROSEC North America: Recommendations on single indirect restorations made from ceramic and nonmetallic biomaterials for posterior teeth. *J Esthet Restor Dent*. 2025;37(3):809-820.

VIII.TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: Datos demográficos de los participantes del estudio

DATOS DEMOGRÁFICOS	Nº	Porcentaje
1. Género		
Femenino	101	66%
Masculino	52	34%
2. Nacionalidad		
Peruana	152	99,3%
Extranjera	1	0,7%
3. Edad		
20- 30 años	59	38,6%
31- 40 años	69	45,1%
41- 50 años	16	10,5%
50- 65 años	9	5,9%
4. Nivel de formación		
Especialistas:	102	66,7%
ORE	51	
RO	51	
Odontólogos generales	51	33,3%
5. Años de experiencia		
1 a 3 años	50	32,7%
4 a 10 años	72	47,1%
11 a 15 años	16	10,5%
16 años a más	15	9,8%
6. Lugar de trabajo		
Sector privado	146	94,8%
Sector público	8	5,2%

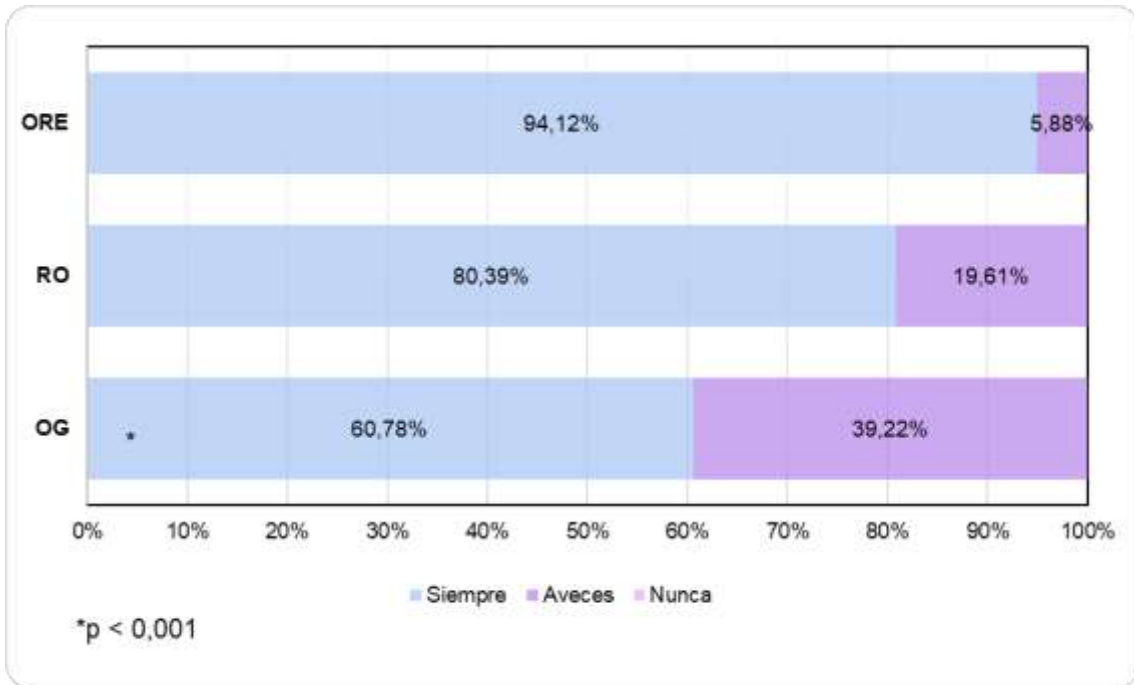


Figura 1: Frecuencia de toma de radiografía según los odontólogos especialistas y odontólogos generales

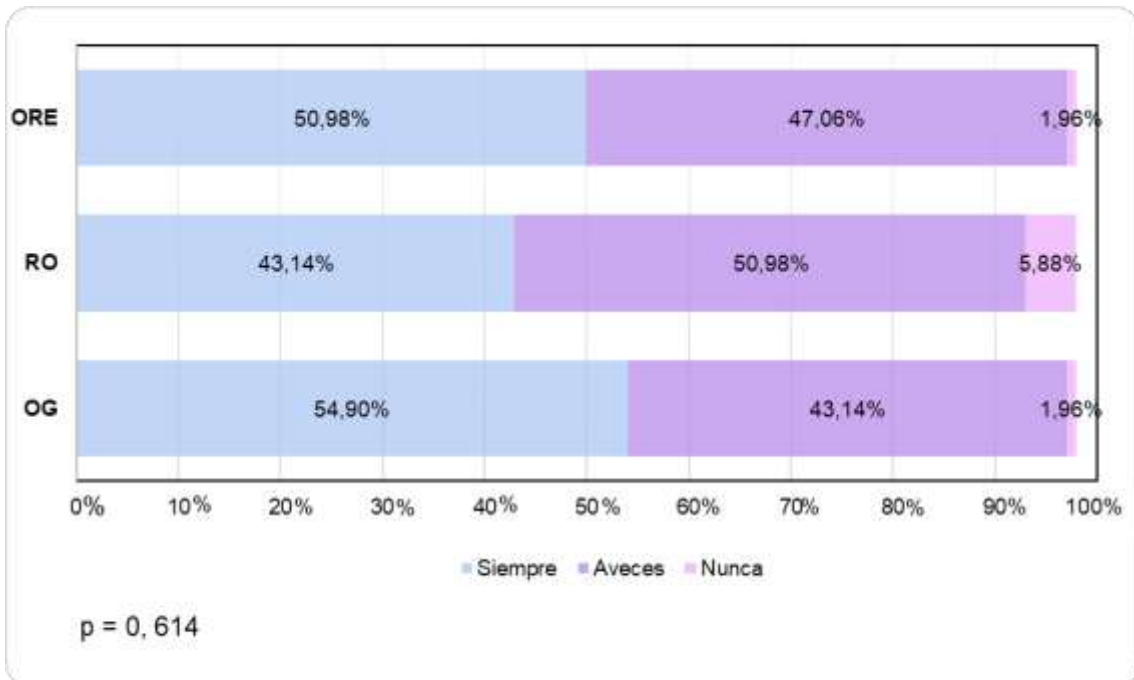


Figura 2: Realización de pruebas de vitalidad pulpar según los odontólogos especialistas y odontólogos generales

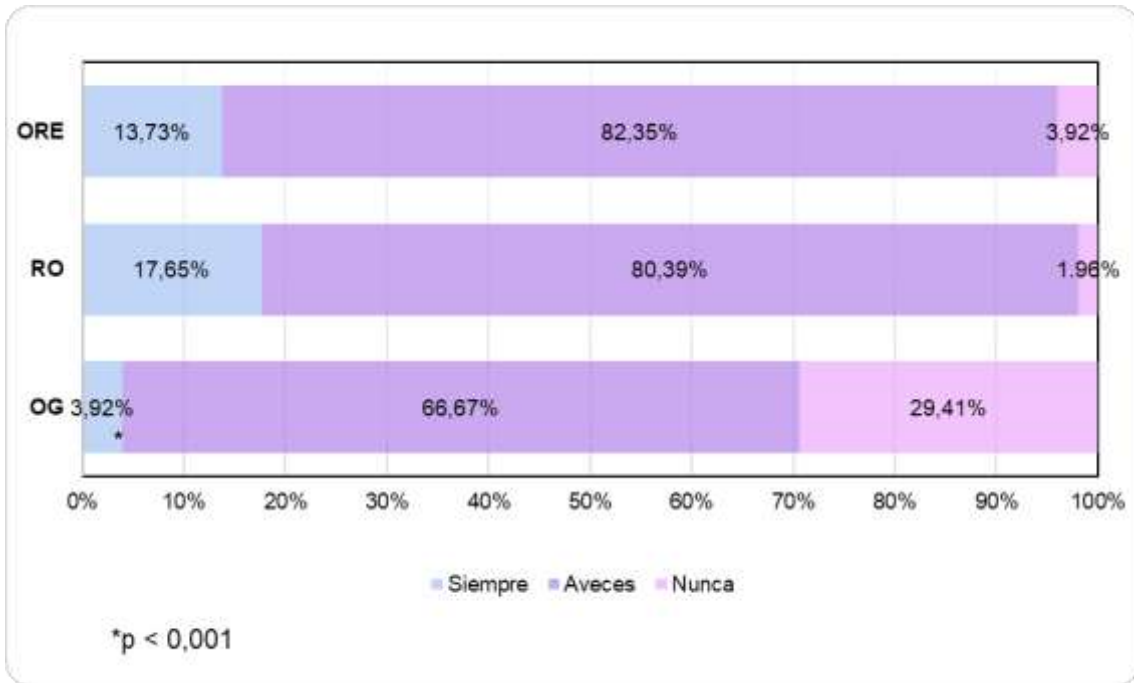


Figura 3: Práctica de reposicionamiento de margen gingival según los odontólogos especialistas y odontólogos generales

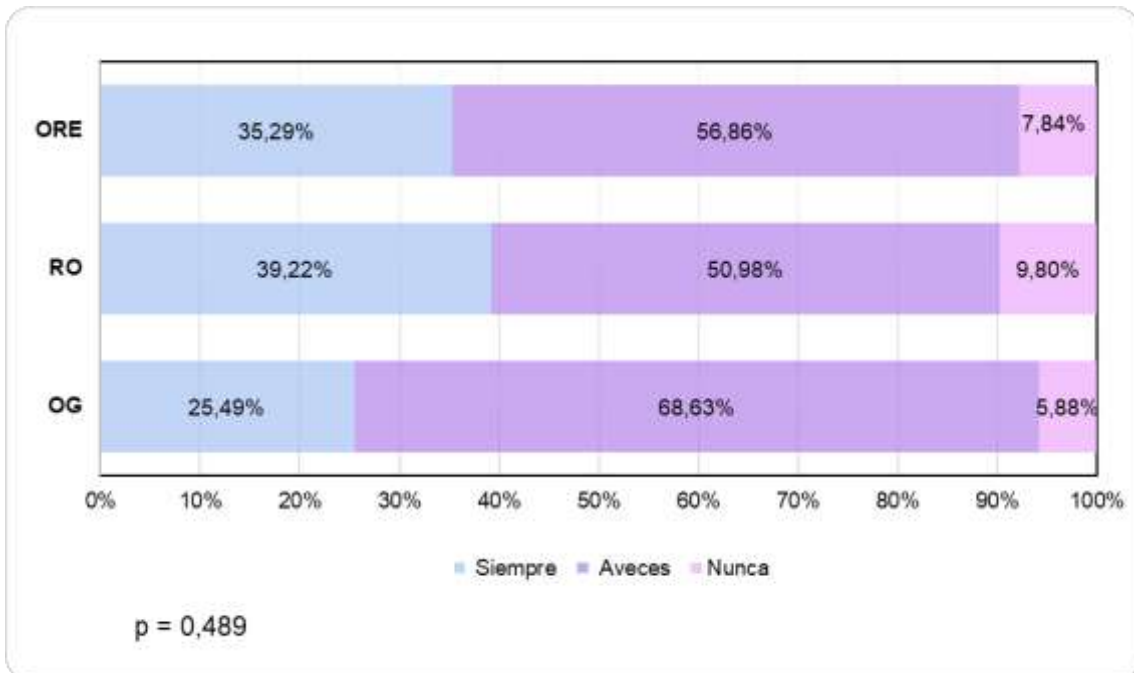


Figura 4: Frecuencia de realización de sellado dentinario inmediato según los odontólogos especialistas y odontólogos generales



Figura 5: Tipo de material utilizado para impresión definitiva según los odontólogos especialistas y odontólogos generales

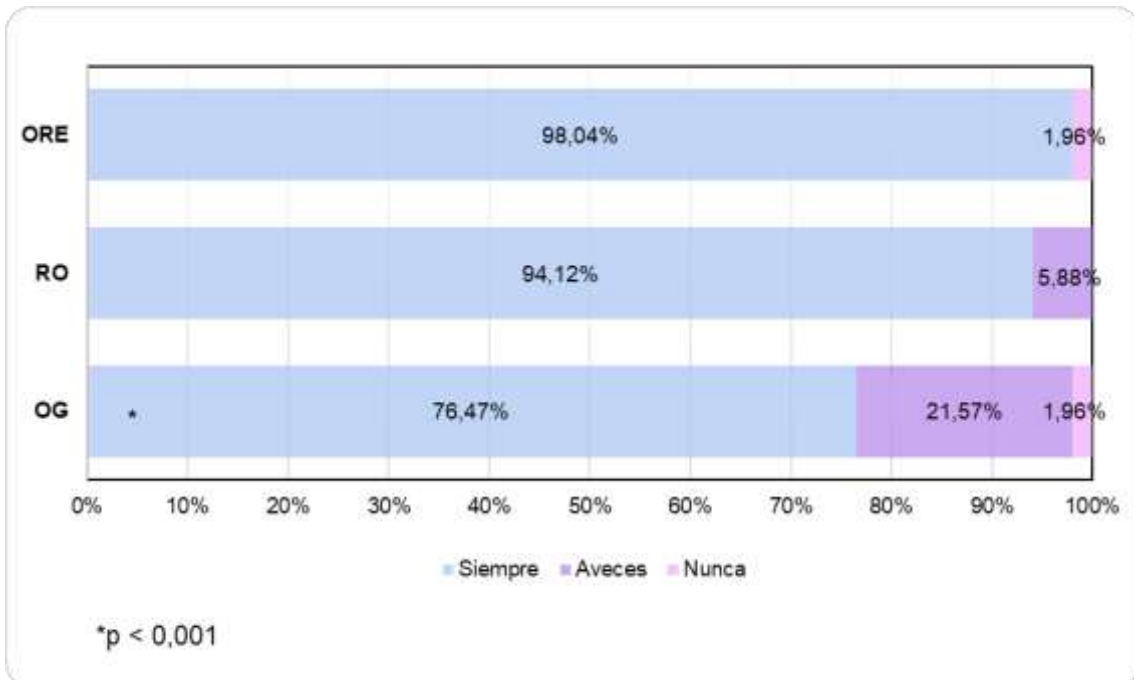


Figura 6: Frecuencia de realización de registro de mordida según los odontólogos especialistas y odontólogos generales (p <0,001)

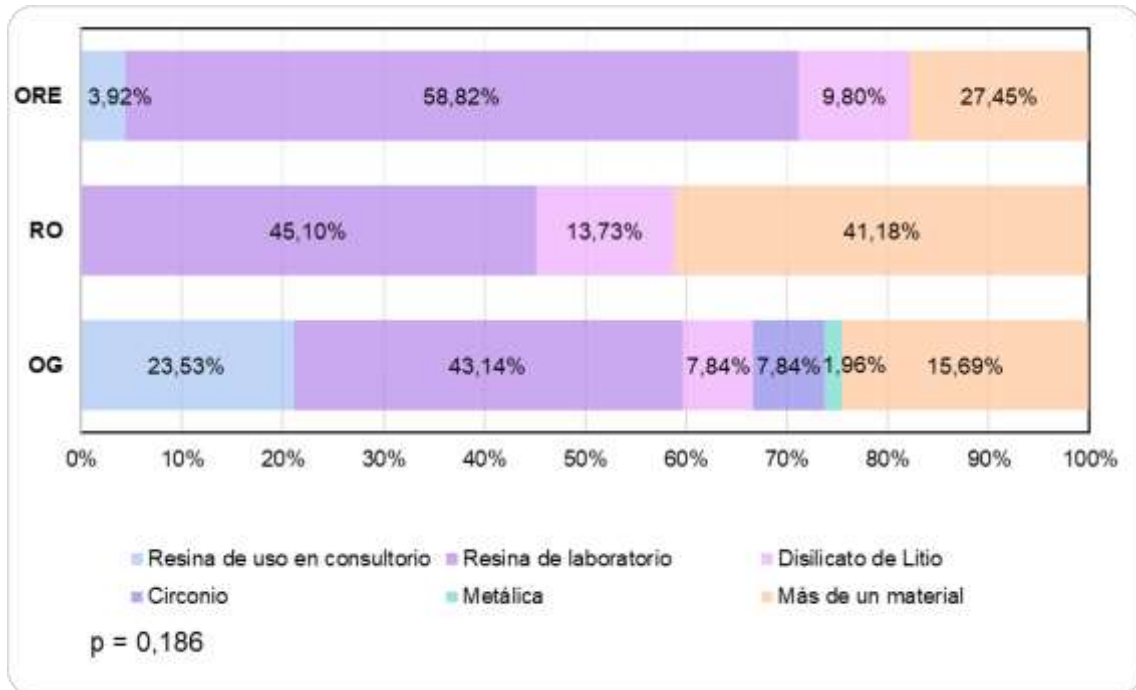


Figura 7: Material utilizado con mayor frecuencia para incrustaciones según los odontólogos especialistas y odontólogos generales

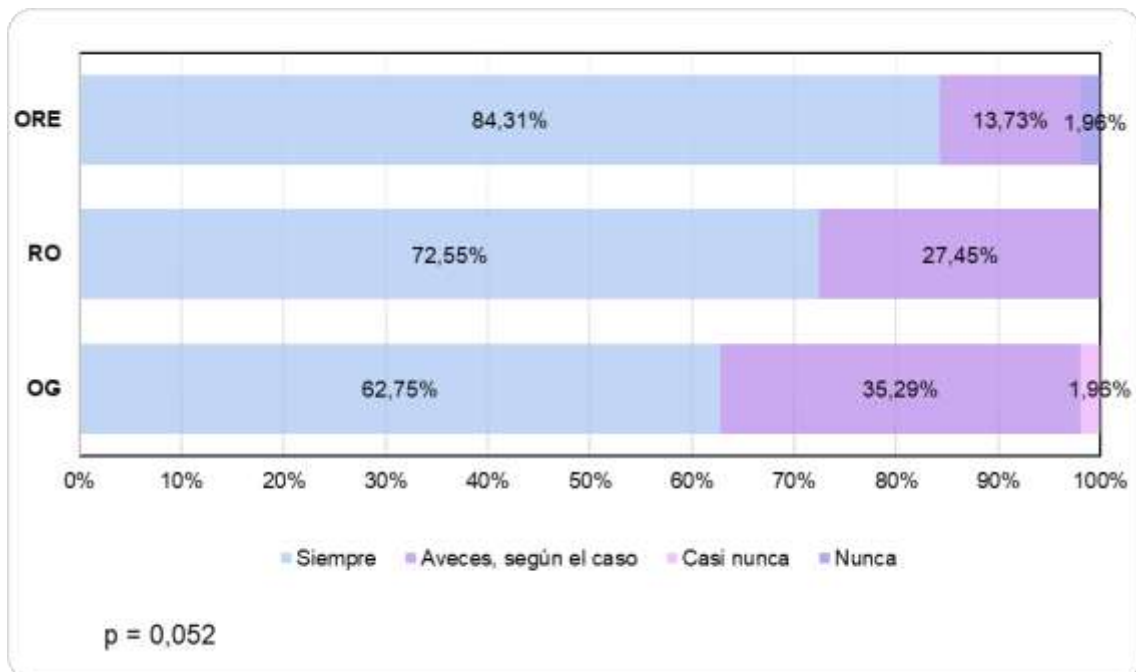


Figura 8: Frecuencia de la comunicación con el técnico dental según los odontólogos especialistas y odontólogos generales

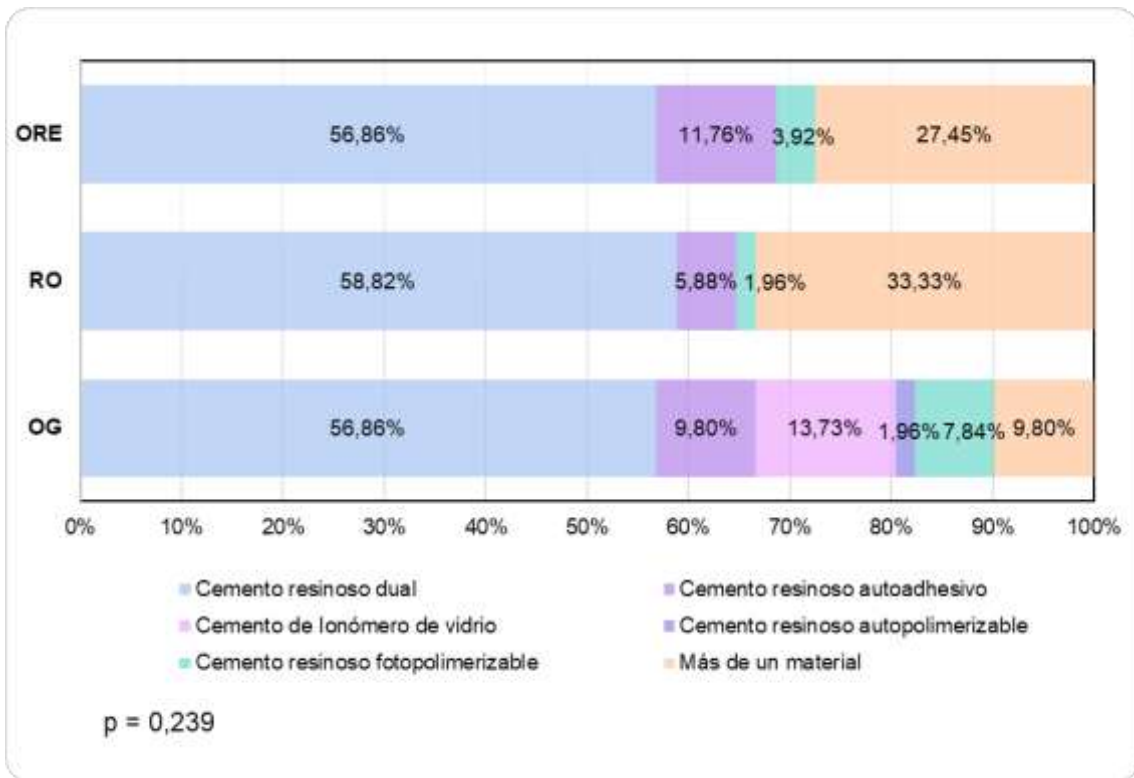


Figura 9: Tipo de material utilizado para la cementación según los odontólogos especialistas y odontólogos generales

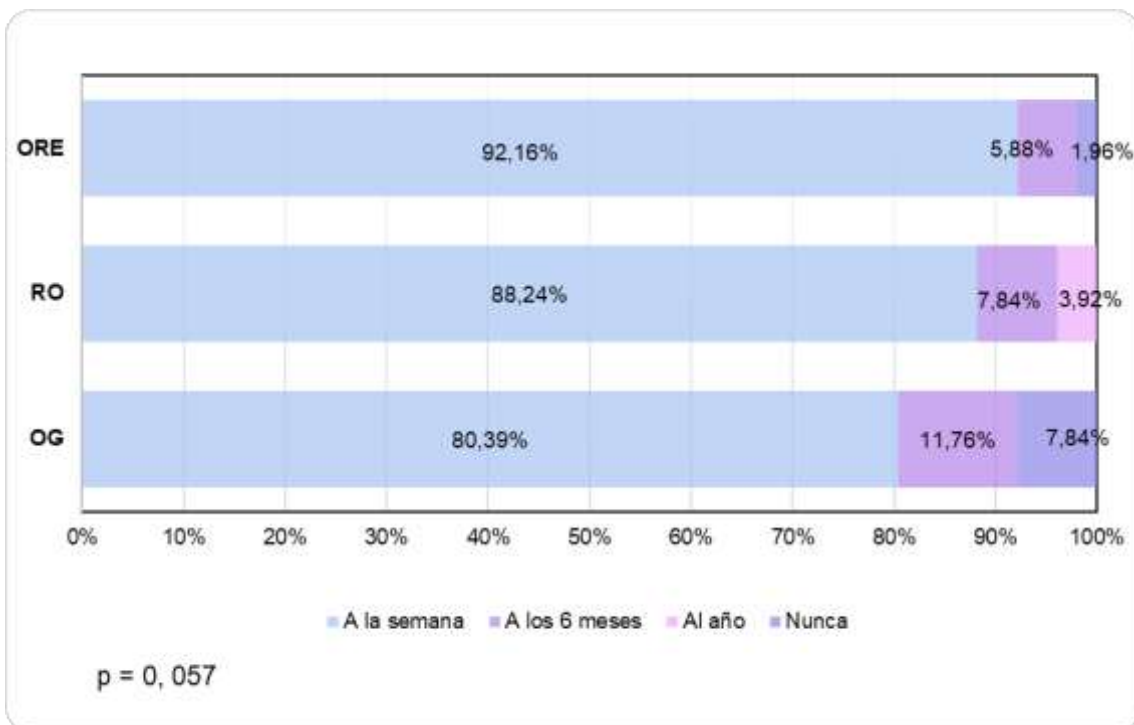


Figura 10: Frecuencia de controles posterior a la cementación según los odontólogos especialistas y odontólogos generales

ANEXOS

Anexo 1

VALIDACIÓN DE CONTENIDO ENCUESTA

Encuesta: ACTITUDES Y PAUTAS CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO CON INCRUSTACIONES ENTRE LOS ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS Y ODONTÓLOGOS GENERALES

1.Pertinencia: La pregunta corresponde al concepto teórico formulado.

2.Relevancia: La pregunta es apropiada para representar el componente o dimensión específica del constructo.

3.Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado de la pregunta, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando las preguntas planteadas son suficientes para medir la dimensión.

PREGUNTAS Y ALTERNATIVAS	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencia
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
SECCIÓN II							
6. ¿Toma radiografías previo al tratamiento? () Siempre () A veces () Nunca							
7. ¿Hace pruebas de vitalidad pulpar? () Siempre () A veces () Nunca							
8.¿Hace sellado dentinario inmediato? () Siempre () A veces () Nunca							
9.¿Qué material de impresión utiliza para la impresión definitiva? () Alginato () Silicona por adición () Silicona por condensación () Escáner intraoral () Todas, según sea el caso							

<input type="checkbox"/> Más de dos <input type="checkbox"/> Otro: _____							
10. ¿Qué material utiliza para la cementación? <input type="checkbox"/> Cemento resinoso dual <input type="checkbox"/> Cemento resinoso autoadhesivo <input type="checkbox"/> Cemento ionómero de vidrio <input type="checkbox"/> Cemento resinoso autopolimerizable <input type="checkbox"/> Cemento resinoso fotopolimerizable <input type="checkbox"/> Otro: _____							
11. ¿Qué tipo de material utiliza mayor frecuencia para incrustaciones? <input type="checkbox"/> Resina de uso en consultorio <input type="checkbox"/> Resina de laboratorio <input type="checkbox"/> Disilicato de litio <input type="checkbox"/> Circonio <input type="checkbox"/> Metálica <input type="checkbox"/> Otro: _____							
12. ¿Realiza control después de la cementación? <input type="checkbox"/> Antes de los 6 meses <input type="checkbox"/> A los 6 meses <input type="checkbox"/> Al año <input type="checkbox"/> Nunca							
13. ¿Se comunica con el técnico dental? <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces, según sea el caso <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca							
14. ¿Qué tipo de comunicación tiene con el técnico dental? <input type="checkbox"/> Escrito (Whatsapp, fotos) <input type="checkbox"/> Verbal (llamada o presencial) <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Ninguno							

Observaciones (Precisar si hay suficiencia)

Opinión de aplicabilidad:

aplicable: ()

Aplicable después de corregir: ()

No aplicable: ()

Apellidos y nombres de juez evaluador:

DNI:

N de colegiatura:

Especialidad del evaluador:

Grado académico:

Fecha:

Firma del evaluador:

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en el estudio titulado Actitudes y pautas clínicas en el tratamiento con incrustaciones entre los odontólogos especialistas y odontólogos generales. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Actualmente los avances de la adhesión en la odontología moderna han suscitado una diversidad de actitudes y pautas clínicas que los odontólogos emplean para restaurar piezas dentarias con incrustaciones. Por consiguiente, resulta imperativo investigar esta variabilidad, dado que los odontólogos pueden adoptar distintas actitudes y pautas clínicas según su nivel de formación académica y abordarlo con la importancia que amerita. El objetivo de este estudio es comparar actitudes y pautas clínicas para el tratamiento con incrustaciones entre odontólogos especialistas y odontólogos generales.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se realizará un cuestionario que contiene 16 preguntas que constan de dos secciones, la primera de seis preguntas que recopilaran los datos demográficos y laborales y la segunda de diez preguntas que recopilaran actitudes y pautas clínicas para el tratamiento de incrustaciones, dividido en 3 etapas: diagnóstico, ejecución del tratamiento y post tratamiento.
2. Esta encuesta será llevada a cabo mediante la plataforma Formulario de Google en dos modalidades: formulario virtual (enviado a través de los correos institucionales, QR y whatsapp) y mediante formulario impreso. Este cuestionario durará aproximadamente 15 minutos.

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo, algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

Beneficios:

No existe ningún beneficio al participar de este trabajo de investigación

Costos y compensación:

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

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que toda la información que usted brinde es absolutamente confidencial. Solo las investigadoras responsables (Ana Ramírez y Gianella Rosas) del estudio tendrán acceso a los datos recopilados, los cuales serán codificados y utilizados exclusivamente para fines de la investigación. Además, toda la información será anonimizada para garantizar que no sea posible identificar a las personas participantes.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, las cuales responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio llamar o escribir al whatsapp de la investigadora Ana Elizabeth Ramírez López, al teléfono [REDACTED].

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

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

Cordialmente,

Ana Elizabeth Ramírez López

Gianella Natalia Rosas Rivera

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

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

Acepto participar en el estudio.

Sí

No

Nombre y Apellidos:

FIRMA

DNI:

Indique en que programa de post grado UPCH esta inscrito o su especialidad *

.....

Anexo 3

Encuesta : ACTITUDES Y PAUTAS CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO CON INCRUSTACIONES ENTRE LOS ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS Y ODONTÓLOGOS GENERALES

Sección 1: El cuestionario consta de dos secciones, la primera de seis preguntas que recopilaran los datos demográficos y laborales

1.Género: M () F () **2.Nacionalidad:** Peruana Extranjero **3.Edad:**

4.Nivel de educación: Egresado/Especialista en ODONTOLOGÍA RESTAURADORA Y ESTÉTICA Egresado/Especialista en REHABILITACIÓN ORAL Odontólogo general

5.Años de experiencia (*Si es especialista considerar los años que ejerce en la especialidad):

1 a 3 años 4 a 10 años 11 a 15 años 16 años a más

6.Lugar de trabajo: Sector privado Sector público

Sección 2: La segunda sección consta de diez preguntas que recopilaran actitudes y pautas clínicas para el tratamiento de incrustaciones, la segunda sección son preguntas acerca del diagnóstico, ejecución de tratamiento y post tratamiento.

7. ¿Toma radiografías previo al tratamiento?

Siempre A veces Nunca

8. ¿ Hace pruebas de vitalidad pulpar?

Siempre A veces Nunca

9. ¿Realiza reposicionamiento del margen gingival?

Siempre A veces Nunca

10.¿Hace sellado dentinario inmediato?

Siempre A veces Nunca

11.¿Qué material de impresión utiliza para la impresión definitivo? *Seleccione las opciones que crea necesarias

Alginato Silicona por adición Silicona por condensación Scanner intraoral

12. ¿Realiza registro de mordida?

Siempre A veces Nunca

13. ¿Qué tipo de material utiliza con mayor frecuencia para incrustaciones?

***Seleccione las opciones que crea necesarias**

Resina de uso en consultorio

Resina de laboratorio

Disilicato de Litio

Circonio

Metálica

14. ¿Se comunica con el técnico dental?

Siempre A Veces, según el caso Casi nunca Nunca

15. ¿Qué material utiliza para la cementación? *Seleccione las opciones que crea necesarias

Cemento resinoso dual

Cemento resinoso autoadhesivo

Cemento de Ionómero de vidrio

Cemento resinoso autopolimerizable

Cemento resinoso fotopolimerizable

16. ¿Realiza control después de la cementación?

A la semana

A los 6 meses

Al año

Nunca