

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**Conocimiento, percepción y actitud de ortodoncistas y odontopediatras  
respecto al síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños. Chiclayo,  
2022**

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

**AUTOR**

**Celia Kassandra Llatas Quintana**

**ASESOR**

**Mariano Wenceslao Ortiz Pizarro**

<https://orcid.org/0000-0002-3472-9997>

**Chiclayo, 2023**

**Conocimiento, percepción y actitud de ortodoncistas y  
odontopediatras respecto al síndrome de apnea obstructiva del  
sueño en niños. Chiclayo, 2022**

PRESENTADA POR  
**Celia Kassandra Llatas Quintana**

A la Facultad de Medicina de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el título de

**CIRUJANO DENTISTA**

APROBADA POR

Alfredo Carlos Manuel Rendon Alvarado

PRESIDENTE

Carmen Lizeth Diaz Silva

SECRETARIO

Mariano Wenceslao Ortiz Pizarro

VOCAL

## INFORME DE TESIS FINAL

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>10</b> %	<b>10</b> %	<b>3</b> %	<b>2</b> %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<a href="https://tesis.usat.edu.pe">tesis.usat.edu.pe</a> Fuente de Internet	<b>4</b> %
<b>2</b>	<a href="http://www.scielo.edu.uy">www.scielo.edu.uy</a> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>3</b>	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>4</b>	<a href="http://worldwidescience.org">worldwidescience.org</a> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>5</b>	Oreste Marrone, Maria R. Bonsignore. "The puzzle of metabolic effects of obstructive sleep apnoea in children", European Respiratory Journal, 2016 Publicación	<b>1</b> %
<b>6</b>	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>7</b>	<a href="http://www.elsevier.es">www.elsevier.es</a> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %
<b>8</b>	Submitted to Universidad de San Martín de Porres	<b>&lt;1</b> %

## Índice

Resumen .....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Revisión de literatura.....	8
Materiales y métodos.....	11
Resultados y discusión.....	16
Conclusiones.....	22
Recomendaciones .....	22
Referencias .....	23
Anexos .....	26

## Resumen

*Objetivo:* Comparar el conocimiento, percepción y actitud de ortodoncistas y odontopediatras respecto al síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños.

*Metodología:* Se aplicó un cuestionario online mediante el programa Survey Monkey, conformado por dos secciones; datos generales y síndrome de apnea obstructiva del sueño. La segunda parte referida al tema específico, presenta 3 dimensiones: La dimensión conocimiento se trata de preguntas cerradas de alternativa múltiple y de respuesta única (5 ítems). La dimensión percepción (4 ítems) y actitud (5 ítems), están representadas por preguntas tipo Likert, ordenadas de mayor a menor intensidad.

*Resultados:* No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las tres dimensiones de ambos grupos profesionales.

*Conclusiones:* Los ortodoncistas y odontopediatras no tienen diferencias significativas con respecto al conocimiento, percepción y actitud sobre el síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños.

**Palabras Clave:** ortodoncistas, odontopediatras, apnea obstructiva del sueño, niños (DeCS).

### **Abstract**

*Objective:* To compare the knowledge, perception and attitude of orthodontists and pediatric dentists regarding obstructive sleep apnea syndrome in children.

*Methodology:* An online questionnaire was applied through the Survey Monkey program, made up of two sections; General data and obstructive sleep apnea syndrome. The second part, referring to the specific topic, presents 3 dimensions: The knowledge dimension consists of closed questions with multiple alternatives and single answers (5 items). The perception (4 items) and attitude (5 items) dimensions are represented by Likert-type questions, ordered from highest to lowest intensity

*Results:* No statistically significant association was found between the three dimensions of both professional groups.

*Conclusions:* Orthodontists and pediatric dentists do not have significant differences regarding knowledge, perception and attitude about obstructive sleep apnea syndrome in children.

**Keywords:** orthodontists, pediatric dentists, obstructive sleep apnea, child (MeSH).

## Introducción

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) se considera un trastorno pediátrico común, afectando del 12 al 15% de la población infantil en ambos sexos, además de tener un mayor impacto en la etapa preescolar<sup>(1,2)</sup>. Los niños usualmente presentan hipertrofia adenoamigdal, alteraciones craneofaciales y maloclusiones, dando como consecuencia una tendencia a respiración bucal o boca seca, produciendo caries o enfermedad periodontal. Así mismo está asociado con una mayor probabilidad de trastornos cardiovasculares, metabólicos, deterioro cognitivo y problemas conductuales. Por ello, el diagnóstico y tratamiento temprano del SAOS son cruciales para el desarrollo y la salud general del niño<sup>(3,4)</sup>.

Se han hecho investigaciones en tales países como la India, Lituania, Arabia Saudita y Estados Unidos coincidiendo significativamente en la obtención insuficiente de conocimiento<sup>(5-9)</sup>; a excepción de Latinoamérica, ya que todavía no se han realizado las evaluaciones o estudios correspondientes.

Por posibles deficiencias en la formación y capacitación universitaria, el enfoque del diagnóstico y tratamiento puede variar según el profesional que tenga la oportunidad de atender en un primer momento a un paciente con SAOS, provocando tratamientos planificados incorrectamente o que exista problemas para realizar la derivación o interconsulta<sup>(6)</sup>.

Frente a este contexto, existe literatura que destaca el rol que podría cumplir el cirujano dentista, odontopediatra y el ortodoncista como parte de un equipo multidisciplinario que pueda brindar atención integral a niños con este síndrome<sup>(2,10,11)</sup>. Sin embargo, surge la necesidad de obtener mayor información sobre los conocimientos, percepción y actitudes de los profesionales involucrados al diagnóstico y tratamiento del SAOS, reforzando la atención necesaria referente al tema, ya que requiere acciones diagnósticas y terapéuticas coordinadas entre diferentes especialistas con la finalidad de una identificación precoz de la enfermedad y resolución de la misma<sup>(12)</sup>.

En tal sentido, este estudio permitió tener información previa para cualquier tipo de intervención e inclusión de esta temática en las distintas especialidades o formación universitaria, asimismo los resultados establecieron mayor conocimiento en las prácticas actuales, que permitieron entender, actuar de forma activa y mejorar el diagnóstico y tratamiento.

El objetivo principal de esta investigación es comparar el conocimiento, percepción y actitud de ortodoncistas y odontopediatras respecto al síndrome de apnea obstructiva del sueño en

niños, Chiclayo - 2022. Teniendo en cuenta, además los objetivos específicos, los cuales son: a) Determinar la edad y sexo de ortodoncistas y odontopediatras; b) Determinar el nivel de conocimiento respecto al SAOS en ortodoncistas y odontopediatras, según actividad profesional y capacitación; c) Determinar la percepción hacia el SAOS de ortodoncistas y odontopediatras, según actividad profesional y capacitación; y d) Determinar la actitud hacia el SAOS de ortodoncistas y odontopediatras, según actividad profesional y capacitación.

## **Revisión de literatura**

### Antecedentes

Kale et al.<sup>(5)</sup>, en el 2020, en India, estimaron el conocimiento, la actitud y la práctica con respecto a diferentes dominios del SAOS en odontólogos que realizaban sus estudios de postgrado. Este estudio transversal se evaluó mediante un cuestionario online a 112 participantes, por lo cual el conocimiento y la práctica se clasificaron en términos de dominio como buenos / malos, mientras que la actitud fue favorable / desfavorable. Los autores concluyeron que los odontólogos mostraban una actitud positiva frente a la SAOS; a pesar de ello carecían de conocimientos en cuanto a la detección, diagnóstico y tratamiento que puedan estar interfiriendo en su práctica dental diaria.

Jokubauskas et al.<sup>(6)</sup>, en el 2019, en Lituania, investigaron el conocimiento, las actitudes y los aspectos en la práctica clínica de la SAOS entre los odontólogos generales y odontólogos especialistas. Se encuestaron a 550 odontólogos mediante el uso de un cuestionario autoadministrado. La mayoría obtuvo un conocimiento limitado con relación a la detección, derivación y tratamiento exceptuando aquellos profesionales con menores años de experiencia laboral. Se recomienda plantear una mejora en la educación e implementar estrategias para superar estas barreras.

Swapna et al.<sup>(7)</sup>, en el 2019, en Riad, evaluaron y compararon el conocimiento del SAOS entre estudiantes del último año de odontología, pasantes, odontólogos generales y odontólogos especialistas referentes a Odontopediatría, Endodoncia, Cirugía Oral, Medicina Oral, Operatoria, Periodoncia, Patología Bucal, Prostodoncia, Ortodoncia y Salud Pública. Se distribuyó un cuestionario virtual a 440 participantes. Se concluyó que existe una considerable falta de conocimientos entre los estudiantes, pasantes y odontólogos generales; además este estudio promueve la necesidad de adquirir conocimientos para la identificación y tratamiento de SAOS en una etapa temprana.

Alansari et al.<sup>(8)</sup>, en el 2020, en Jeddah, valoraron el conocimiento de los internos de odontología en temas relacionados a síntomas, signos, diagnóstico, factores de riesgo y complicaciones de la SAOS en adultos y niños. Se evaluaron a 58 internos de escuelas públicas y privadas por medio de cuestionarios autoadministrados. Los autores concluyeron que existe un significativo déficit de conocimiento al respecto, el cual pueda estar asociado a la falta de enseñanza del diagnóstico y tratamiento del SAOS en algunos planes de estudio.

Chiang et al. <sup>(9)</sup>, en el 2018, en Estados Unidos, determinaron la prevalencia de la detección de SAOS realizada por cirujanos dentistas. Participaron 71 cirujanos dentistas de práctica general, a los cuales se envió un cuestionario virtual basado en preguntas de carácter demográfico y sobre métodos de detección del SAOS. Los autores concluyeron que la mayoría de los dentistas generales evalúan el SAOS, sin embargo, existe una carencia de confianza para realizar exámenes de rutina precisos y lo hacen en menos del 70% de pacientes atendidos.

#### Bases teóricas

El síndrome de apnea obstructiva del sueño, es un trastorno respiratorio relacionado con el sueño que se caracteriza por una obstrucción completa de la vía aérea superior (apnea) y/o parcial prolongada de las vías respiratorias superiores (hipopnea)<sup>(13)</sup>.

Según la gravedad, se basa en el índice apnea-hipopnea (IAH) considerando los eventos transcurridos por hora de sueño, clasificándose en: mínimo ( $\geq 1,5 - 2/h$ ), leve ( $IAH \geq 2 - 5/h$ ), moderada ( $IAH \geq 5-10/h$ ) y grave ( $IAH \geq 10/h$ )<sup>(14)</sup>.

Existe una correlación positiva entre la gravedad del patrón respiratorio medido por el IAH y los cambios en el desarrollo dentofacial, siendo la anomalía del arco dental la razón por la que se pueden generar cambios a largo plazo en la posición de la cabeza, mandíbula y lengua.

Las alteraciones dentales y esqueléticas más comunes son la deficiencia transversal del maxilar, mordida abierta, incisivos inferiores retro-inclinados e incisivos superiores protruidos<sup>(15)</sup>. De modo que, la identificación temprana puede prevenir o revertir muchas de estas consecuencias negativas para la salud o acelerar el tratamiento<sup>(13)</sup>.

En cuanto al diagnóstico, consiste en elaborar una correcta historia clínica, un examen físico y pruebas que confirmen la presencia y gravedad de la obstrucción de la vía aérea superior, resaltando como prueba Gold estándar la polisomnografía nocturna<sup>(15)</sup>. Por ende, el odontólogo ejerce una función significativa en la sospecha de un SAOS potencial, remitiendo al paciente a exámenes adicionales para el diagnóstico y tratándolo en sus etapas más leves y moderadas<sup>(16)</sup>.

Las quejas más comunes informadas por los padres, son los ronquidos y la dificultad para respirar durante el sueño. Además, se caracterizan por presentar hiperactividad, dificultades emocionales, disminución del rendimiento académico y dificultad de concentración. El examen general de un niño con sospecha de SAOS puede revelar la apariencia de retraso del crecimiento u obesidad en niños pequeños con obstrucción grave de las vías respiratorias superiores. Es indispensable una evaluación adecuada de las estructuras craneofaciales para detectar anomalías, como hipoplasia facial media, micrognatia o retrognatia. Del mismo modo, se requiere una inspección de la cavidad oral que incluye lengua, tamaño de las amígdalas, forma del paladar y úvula<sup>(1,17)</sup>. Por otro lado, la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica sugiere al cirujano dentista disponer de un cuestionario de sueño pediátrico en ocasiones donde se demuestren síntomas del SAOS, además considerarlo como un examen diagnóstico con la intención de proveer una información más útil a diferencia de un examen clínico solo<sup>(2,18)</sup>.

De igual importancia, para el manejo terapéutico se recomienda que los ortodoncistas conozcan la amplia gama de posibles modalidades de tratamiento que están disponibles y que trabajen al unísono con los médicos y odontopediatras. El rol del ortodoncista de acuerdo con la asociación estadounidense de ortodoncistas, es proporcionar un tratamiento que no interfiera con el tratamiento médico llevado a cabo. Este papel se fundamenta en principios de la ortodoncia, para la corrección de deformidades dentales y esqueléticas, siendo el objetivo principal la mejora de la oclusión y abordaje de la discrepancia esquelética subyacente<sup>(11)</sup>. Así mismo, el rol que cumple el odontopediatra según la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica se centra en la detección, evaluación clínica y en la derivación a médicos especialistas, para cerciorarse de plantear el tratamiento idóneo para cada paciente<sup>(2)</sup>.

La opción de tratamiento indicado con mayor frecuencia, es la presión positiva continua en las vías respiratorias, sin embargo, la adherencia de tratamiento es limitada. Por lo tanto, una opción o incluso un tratamiento adyuvante es la terapia con aparatología intraoral, destacando el dispositivo de avance mandibular<sup>(19)</sup>, entre otras opciones tenemos; la expansión rápida del maxilar y dispositivos estabilizadores de la lengua.

En investigaciones recientes, el dispositivo de avance mandibular y expansor rápido del maxilar se han destacado como tratamientos efectivos en la mejoría para la reducción del IHA<sup>(20)</sup>, a este último se le adiciona una menor saturación de oxígeno en una evaluación a corto plazo (<3 años) de seguimiento<sup>(21)</sup> y el primer dispositivo en mención, aminoró la presencia de síntomas en paciente con SAOS<sup>(22)</sup>.

Además, el dispositivo de avance mandibular es un aparato que previene pasiva y mecánicamente el cierre de la vía aérea superior al sobresalir la mandíbula inferior y probablemente actuando como un retenedor mandibular y lingual. Puede ser monobloque (sin libertad de mandíbula) o bibloque (que permite cierta libertad de movimiento mandibular)<sup>(23)</sup>.

Por lo que se refiere al expansor rápido del maxilar, se sugiere en pacientes con paladar estrecho o deficiencia maxilar transversal, estando predispuestos al SAOS y, a menudo, presentan apiñamiento y maloclusión dentaria, que pueden tratarse con este procedimiento<sup>(21)</sup>. El dispositivo está conectado a los dientes posteriores y ejerce presión lateral sobre la superficie maxilar de la boca, reabriendo la sutura del paladar medio para aumentar el diámetro transversal del paladar duro durante varios meses<sup>(24)</sup>.

Por otra parte, se plantea el uso de dispositivos estabilizadores de la lengua, utilizando presión negativa y adherencia salival para sujetar la lengua y los protectores del labio anterior para alargar y reposicionar la lengua en una posición más hacia adelante independiente de la mandíbula durante el sueño, aperturando las vías respiratorias<sup>(25)</sup>.

### **Materiales y métodos**

Este estudio consideró la aprobación y respaldo del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teniendo en cuenta la resolución N° 083-2022-USAT-FMED, centrándose en los principios éticos señalados por la Declaración de Helsinki, dado que la investigación no generó ningún tipo de riesgo a los participantes en cuestión. A todos los participantes se les dispuso una hoja informativa otorgando el consentimiento respectivo.

Se realizó un estudio de tipo transversal, relacional y prospectivo, donde la población estuvo constituida por cirujanos dentistas que brindaron tratamiento en niños, profesionales de ambos sexos, inscritos en el Colegio Odontológico del Perú y con registro de segunda especialidad en ortodoncia y odontopediatría en SUNEDU. Los criterios de exclusión fueron aquellos que no respondieron el cuestionario online, además sin redes sociales en su teléfono móvil o correo electrónico inactivo.

#### **Muestra del estudio**

La muestra se estableció aplicando la prueba de diferencia de dos proporciones:

$$n = \frac{[p_a(1-p_a)+p_b(1-p_b)]Z^2}{d^2}$$

El tamaño de muestra fue de 87 profesionales, los cuales 35 son odontopediatras y 52 ortodoncistas; debido a la cantidad reducida de la muestra, era factible emplear el doble por grupo profesional, por ende, es de 70 y 104 respectivamente; y la selección de la muestra se efectuó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

#### Técnica e Instrumento

El cuestionario electrónico estuvo conformado por dos secciones; datos generales y síndrome de apnea obstructiva del sueño. La segunda parte referida al tema específico, presenta 3 dimensiones: La dimensión conocimiento se trata de preguntas cerradas de alternativa múltiple y de respuesta única (5 ítems). La dimensión percepción (4 ítems) y actitud (5 ítems), están representadas por preguntas tipo Likert, ordenadas de mayor a menor intensidad (Ver anexo 03).

La validez de contenido del cuestionario se obtuvo a partir de la valoración cualitativa brindada por jueces o expertos: MAT, AAN, MCH, DBV y GPMP; quienes evaluaron utilizando una matriz de validación diseñada para tal fin (Ver anexo 04). La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la consistencia interna para la dimensión conocimiento, percepción y actitud con valores de 0.70, 0.78 y 0.82 respectivamente, considerándose alto. A diferencia de la estabilidad temporal, los coeficientes fueron de 0.132, 0.102 y 0.478 para dichas dimensiones, generando resultados similares a lo largo del tiempo

No obstante, la prueba piloto, permitió establecer la confiabilidad del instrumento y tamaño de la muestra, 25 participantes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo 12 odontopediatras y 13 ortodoncistas; los cuales no se incluyeron en el estudio general.

#### Procedimientos

Se incorporaron los ítems y alternativas establecidas en el software Survey Monkey de cuestionarios virtuales. Así mismo, se elaboró en Excel una base de datos, teniendo en cuenta los cirujanos dentistas que desearon participar de la investigación, donde se incluyó su correo electrónico y número telefónico correspondiente. Se clasificó a los participantes, según la especialidad profesional referida por la web del Registro Nacional de Grados y Títulos de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU).

Se proporcionó a cada participante, una hoja informativa (Ver anexo 06) permitiendo corroborar el propósito de la investigación, la responsabilidad del investigador y

confidencialidad de esta. Dado que ya se consignaron los datos en el software, a cada participante se le procedió a distribuir de manera automática un mensaje que contenga el link de acceso al cuestionario, además se determinó un período de 1 mes para obtener su respuesta, en caso no contesten, se sustituían. Este software examinó los envíos periódicamente de acuerdo con la resolución de los participantes, por último, se consignaron en tablas de Excel, la información extraída del cuestionario con respecto a cada participante mediante códigos de identificación.

#### Análisis estadístico

Los datos recopilados se procesaron en el software estadístico SPSS versión 25.0. En la estadística univariada, se emplearon frecuencias tanto absolutas como relativas para la presentación de datos. Las variables del estudio se analizaron estadísticamente con la prueba de Chi Cuadrado. Asimismo, para la comparación del conocimiento, percepción y actitud respecto al síndrome de apnea obstructiva del sueño entre ambos grupos de cirujanos dentistas, se ejecutó un análisis bivariado, con un nivel de significancia del 5%.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	TIPO (SEGÚN SU NATURALEZA)	ESCALA DE MEDICIÓN
SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO	Nivel de conocimiento	Proceso psíquico que ocurre en la mente de un hombre; y es un producto social, colectivo, que comparten muchos individuos <sup>(26)</sup> .	Evaluados mediante un cuestionario de preguntas de selección múltiple de única respuesta.	Ítems 6-10 Ítem acertado: 1 punto. Ítem erróneo: 0 puntos. Deficiente (0-1 pts) Regular (2-3 pts) Bueno (4-5 pts)	Cualitativa	Ordinal
	Percepción	Proceso cognitivo de la conciencia que radica en el reconocer, interpretar y tomar importancia para elaborar juicios en relación a sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que interfieren componentes como el aprendizaje, la memoria y la simbolización <sup>(27)</sup> .	Evaluados mediante un cuestionario de preguntas de selección múltiple y respuesta única (Escala de Likert)	Ítems 11-14 Bajo grado de respuesta: 1 punto Alto grado de respuesta: 5 puntos Respuestas intermedias: 2,3 y 4 puntos correspondientemente. Desfavorable (4-9 pts) Regular (10-14 pts) Favorable (15-20 pts)	Cualitativa	Ordinal
	Actitud	Capacidad mental del individuo para desplegar algunos comportamientos <sup>(27)</sup> .	Evaluados mediante un cuestionario de preguntas de selección múltiple y respuesta única (Escala de Likert)	Ítems 15-19 Bajo grado de respuesta: 1 punto Alto grado de respuesta: 5 puntos Respuestas intermedias: 2,3 y 4 puntos correspondientemente. Rechazo (5-11 pts) Regular (12-18 pts) Aceptación (19-25 pts)	Cualitativa	Ordinal
TIPO DE PROFESIONAL	Unidimensional	Tipificación de un profesional	Titulación consignada de modo oficial en SUNEDU	SUNEDU: Ortodoncista Odontopediatra	Cualitativa	Nominal
ACTIVIDAD PROFESIONAL	Unidimensional	Ejecución idónea de la profesión <sup>(28)</sup>	Evaluados mediante un cuestionario de preguntas de selección y respuesta múltiple (Escala de Likert)	Ítem 5 del cuestionario: Docente Práctica privada Ministerio de Salud/Essalud	Cualitativa	Nominal
CAPACITACIÓN	Unidimensional	Esfuerzo generalizado para mejorar los conocimientos y destrezas <sup>(29)</sup> .	Evaluados mediante un cuestionario de preguntas de selección múltiple y respuesta única (Escala de Likert)	Ítem 3 y 4 del cuestionario: SI/NO	Cualitativa	Nominal

EDAD	Unidimensional	Período de vida de una persona expresado en años <sup>(30)</sup> .	Según los valores proporcionados por el cuestionario	Ítem 1 del cuestionario: En años	Cuantitativa	Razón
SEXO	Unidimensional	Caracteres físicos que diferencian al hombre y la mujer <sup>(31)</sup> .	Según la categoría proporcionada por el cuestionario	Ítem 2 del cuestionario: Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal

## Resultados y discusión

Esta investigación tuvo como objetivo específico, determinar la edad y sexo de ortodoncistas y odontopediatras. Se determinó en el grupo de ortodoncistas, según edad de 31 a 40 años (48.1%) y fueron de sexo masculino (71.2%), a comparación de los odontopediatras, según edad de 31 a 40 años (54.3%) y fueron de sexo femenino (84.3%) (Tabla 1).

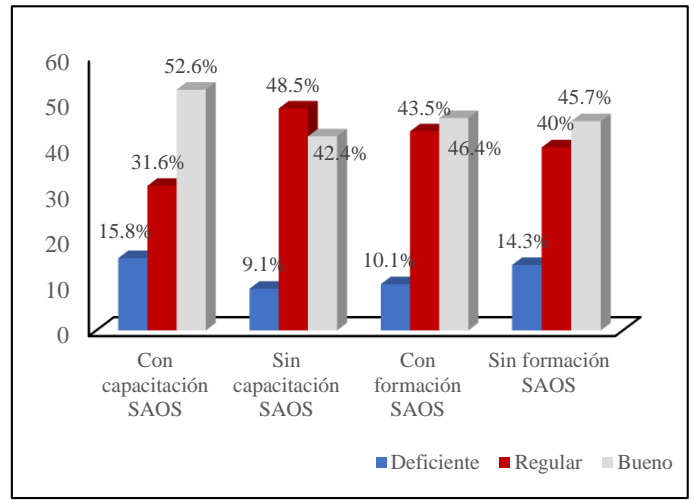
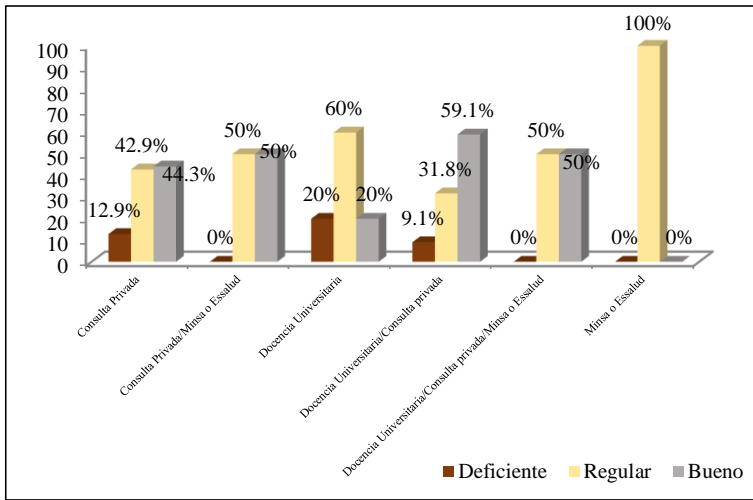
**Tabla 1: Edad y sexo de ortodoncistas y odontopediatras.**

Variables	Especialidad					
	Ortodoncista		Odontopediatra		Total	
Edad	f	%	F	%	f	%
De 27 a 30	3	2.9	9	12.9	12	6.9
De 31 - 40	50	48.1	38	54.3	88	50.6
De 41 - 50	34	32.7	14	20.0	48	27.6
De 51 a mas	17	16.3	9	12.9	26	14.9
Total	104	100	70	100	174	100
Sexo	f	%	f	%	f	%
Masculino	74	71.2	11	15.7	85	48.9
Femenino	30	28.8	59	84.3	89	51.1
Total	104	100	70	100	174	100

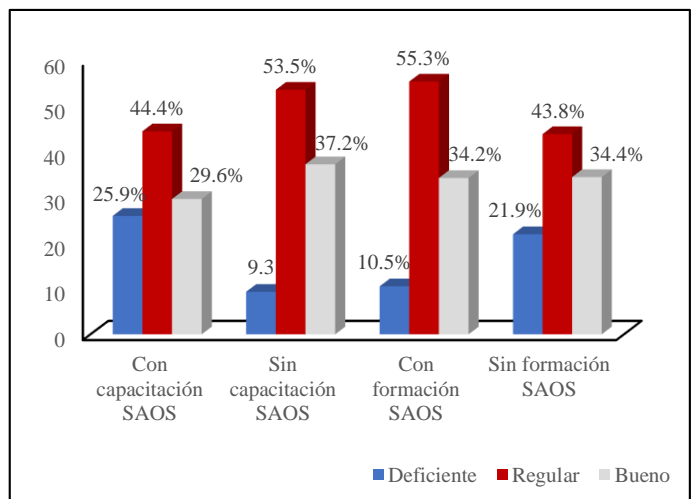
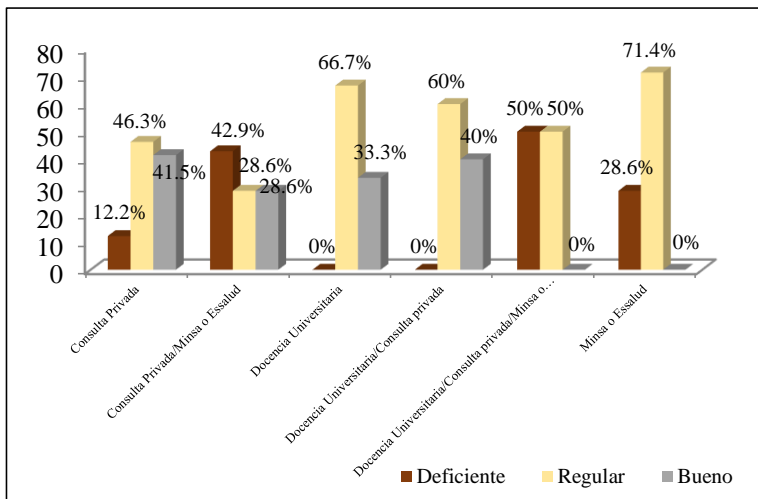
Fuente: Elaboración propia.

El nivel de conocimiento, según actividad profesional de ortodoncistas, se observó en consulta privada con nivel bueno (44.3%), consulta privada/ Minsa o essalud con nivel bueno y regular (50%), docencia universitaria con nivel regular (60%), docencia universitaria/consulta privada con nivel bueno (59.1%), docencia universitaria/consulta privada/Minsa o Essalud con nivel bueno y regular (50%) y finalmente, en Minsa o essalud con nivel regular (100%). Además, el nivel de conocimiento de ortodoncistas, aquellos que sí presentaron capacitación y formación, tuvieron un conocimiento bueno de 52.6% y 46.4 % (Gráfico 1A).

Respecto al nivel de conocimiento, según actividad profesional en odontopediatras, se encontró en consulta privada con nivel regular (46.3%), los de consulta privada/Minsa o essalud con nivel deficiente (42.9%), docencia universitaria con conocimiento regular (66.7%), docencia Universitaria/Consulta privada con nivel regular (60%), docencia Universitaria/Consulta privada/Minsa o Essalud con nivel deficiente y regular (50%) y en Minsa o essalud con un nivel regular (71.4%). Relacionado, al nivel de conocimiento de los odontopediatras, aquellos que si presentaron capacitación y formación tienen un conocimiento regular de 44.4% y 55.3% (Gráfico 1B).



1A. Conocimiento de ortodoncistas según actividad profesional y capacitación.



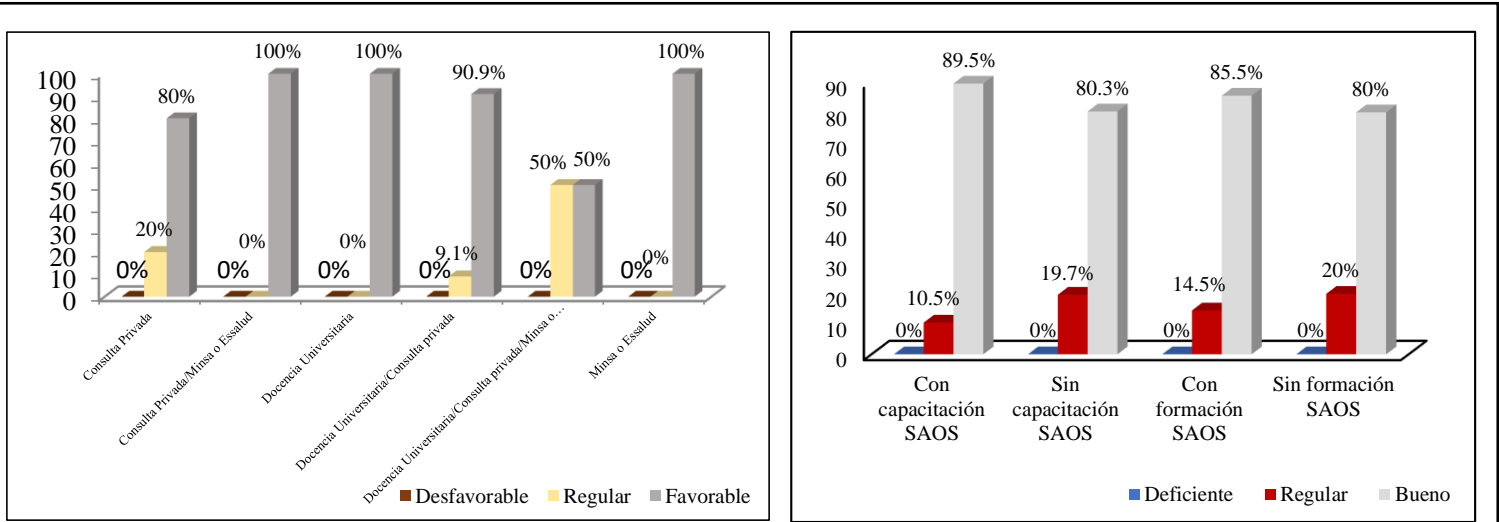
1B. Conocimiento de odontopediatras según actividad profesional y capacitación.

Gráfico 1: Nivel de conocimiento de profesionales respecto al SAOS en niños.

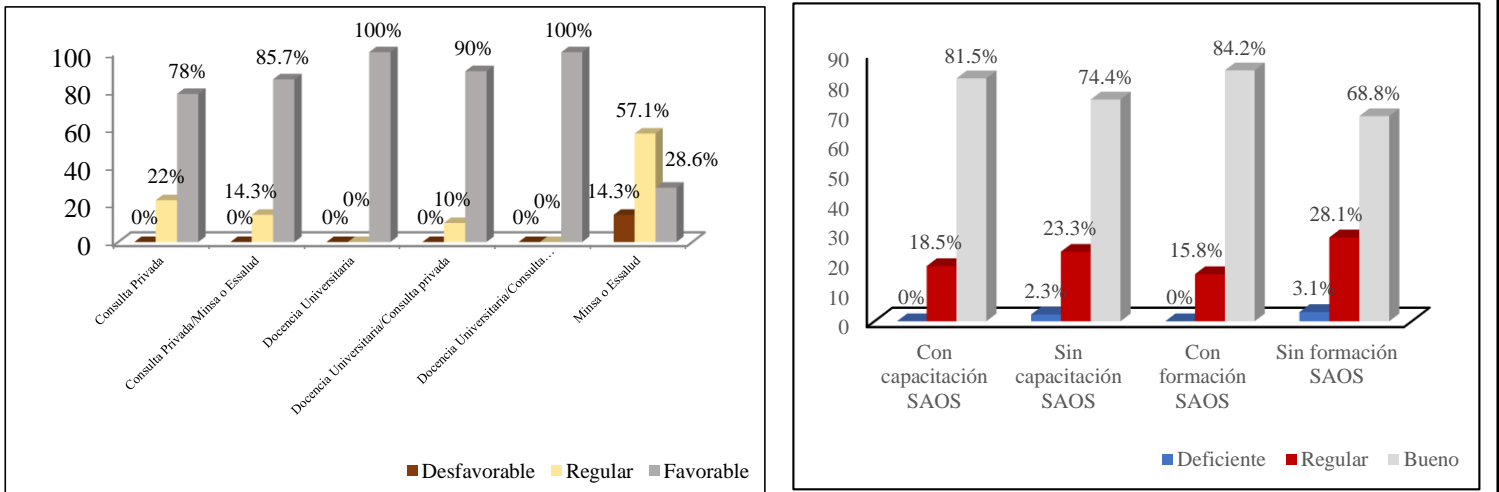
La asociación de percepción en ortodoncistas y actividad profesional, se precisó en consulta privada (80%), consulta privada/Minsa o essalud (100%), docencia universitaria/Consulta privada (90.9%), docencia Universitaria/Consulta privada/Minsa o Essalud (50%) y Minsa o essalud (100%), considerándose en un rango favorable. En cuanto a percepción y capacitación de ortodoncistas, aquellos que, si adquirieron una capacitación y formación, tienen una percepción favorable de 89.5% y 85.5% (Gráfico 2A).

En la percepción de odontopediatras y actividad profesional, se señaló en consulta privada (78%), consulta privada/Minsa o essalud (85.7%), docencia universitaria (100%), docencia universitaria/Consulta privada (90%), docencia Universitaria/Consulta privada/Minsa o Essalud (100%), generando rangos favorables, en cambio en Minsa o essalud con un rango regular de 57.1%. Referente a percepción y capacitación de odontopediatras, aquellos que, si

adquirieron una capacitación y formación, tienen una percepción favorable de 81.5% y 84.2% respectivamente (Gráfico 2B).



2A. Percepción de ortodoncistas según actividad profesional y capacitación.



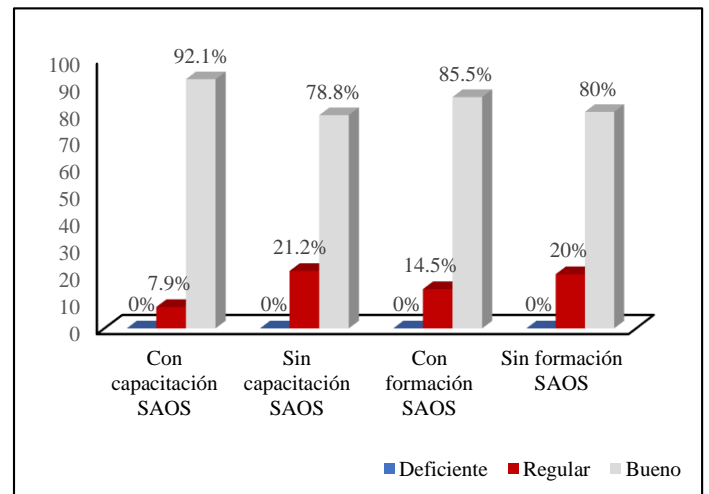
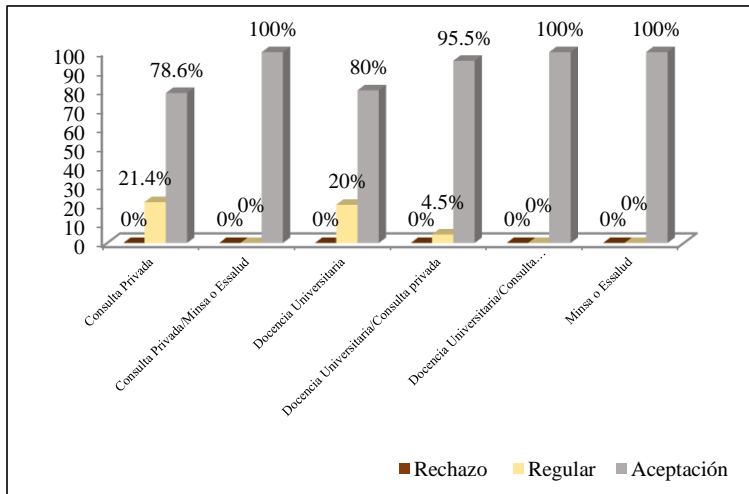
2B. Percepción de odontopediatras según actividad profesional y capacitación.

Gráfico 2: Percepción de profesionales según actividad profesional y capacitación.

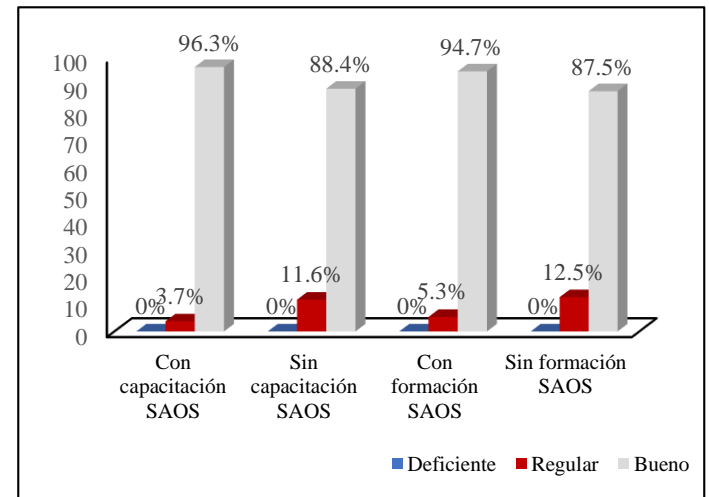
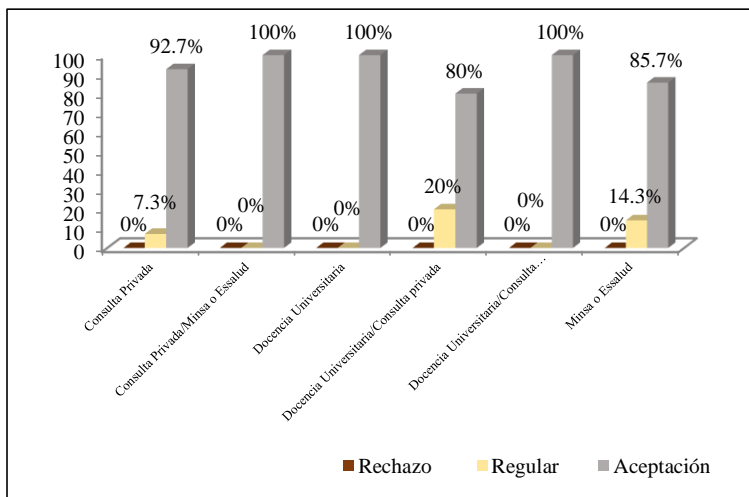
En la sección de actitud y actividad profesional de ortodoncistas, se dispuso en consulta privada (78.6%), consulta privada/Minsa o essalud (100%), docencia universitaria (80%), docencia universitaria/Consulta privada (95.5%), docencia universitaria/Consulta privada/Minsa o Essalud (100%) y Minsa o essalud (100%). Asimismo, en odontopediatras, fue en consulta privada (92.7%), consulta privada/Minsa o essalud (100%), docencia universitaria (100%), docencia universitaria/Consulta privada (80%), docencia universitaria/Consulta privada/Minsa

o Essalud (100%) y Minsa o essalud (85.7%), ambos grupos con valores aceptables (Gráfico 3).

Referente a la actitud de ortodoncistas, aquellos que, si obtuvieron una capacitación y formación, lograron una actitud favorable de 92.1% y 85.5%. De igual manera, en odontopediatras, de 96.3% y 94.7% (Gráfico 3)



3A. Actitud de ortodoncistas según actividad profesional y capacitación.



3B. Actitud de odontopediatras según actividad profesional y capacitación.

Gráfico 3. Actitud de profesionales respecto al SAOS en niños.

Con respecto a la comparación del conocimiento, percepción y actitud de ortodoncistas frente a odontopediatras referente al síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños, el grupo de ortodoncistas, posee un nivel de conocimiento bueno (46.2%), percepción favorable (83.7%) y actitud aceptable (83.7%). Sin embargo, los odontopediatras poseen un nivel de conocimiento

regular (50%), percepción favorable (77.1%) y actitud aceptable (91.4%). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las tres dimensiones (Tabla 2).

**Tabla 2: Comparación del conocimiento, percepción y actitud de ortodoncistas y odontopediatras respecto al síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños.**

Variables	Especialidad						Chi – cuadrado	
	Ortodoncia		Odontopediatría		Total		Valores	
<b>Conocimiento</b>	f	%	f	%	f	%	X <sup>2</sup>	P
Deficiente	12	11.5	11	15.7	23	13.2	2,521	0,282 No significativa
Regular	44	42.3	35	50.0	79	45.4		
Bueno	48	46.2	24	34.3	72	41.4		
Total	104	100	70	100	174	100		
<b>Percepción</b>	f	%	f	%	f	%	X <sup>2</sup>	P
Desfavorable	0	.0	1	1.4	1	.6	2,292	0,268 No significativa
Regular	17	16.3	15	21.4	32	18.4		
Favorable	87	83.7	54	77.1	141	81		
Total	104	100	70	100	174	100		
<b>Actitud</b>	f	%	f	%	f	%	X <sup>2</sup>	P
Rechazo	0	.0	0	.0	0	.0	2,205	0,103 No significativa
Regular	17	16.3	6	8.6	23	13.2		
Aceptación	87	83.7	64	91.4	151	86.8		
Total	104	100	70	100	174	100		

Fuente: Elaboración propia.

Por posibles deficiencias en la formación y capacitación universitaria, el enfoque del diagnóstico y tratamiento puede variar según el profesional que tenga la oportunidad de atender en un primer momento a un paciente con SAOS, provocando tratamientos planificados incorrectamente o que exista problemas para realizar la derivación o interconsulta<sup>(6)</sup>. Por ello, el propósito de este estudio es comparar el conocimiento, percepción y actitud de ortodoncistas y odontopediatras respecto al síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños.

El presente estudio, informó en los grupos de ortodoncistas y odontopediatras, una prevalencia según edad, de 31 a 40 años. Kale et al.<sup>(5)</sup>, manifiesta una edad media similar de 37.5 años, sin embargo su muestra fueron profesores de odontología y cirujanos dentistas con estudios de postgrado. Schotland et al.<sup>(32)</sup>, asoció la edad de médicos y el patrón de conocimiento, determinando que a una mayor edad, tenían menos conocimiento sobre el SAOS. Estos resultados podrían contrastar debido a una educación reciente y actualizada de los cirujanos dentistas jóvenes<sup>(16)</sup>. Asimismo, de acuerdo al sexo, en ortodoncistas predominó el sexo masculino y en odontopediatras el sexo femenino. Por el contrario, Alzahrani et al.<sup>(33)</sup> demostró que no existía relación entre patrón de conocimiento y sexo.

Concerniente al nivel de conocimiento, respecto a la actividad profesional en ortodoncistas, se observó niveles buenos a regulares; a diferencia del grupo de odontopediatras que abarcó niveles de regulares a deficientes. El nivel de conocimiento asociado a capacitación y formación del primer grupo, se determinó un conocimiento bueno, mientras que, en este último, un conocimiento regular. Vuojorki- Ranta et al.<sup>(16)</sup>, identificaron resultados superiores sobre el conocimiento de especialistas ante cirujanos dentistas, basándose en su desarrollado nivel educativo. Esto podría deberse a los planes de estudio propuesto en las universidades relacionado a medicina dental del sueño, dado que son principalmente para especialidades como ortodoncia, cirugía maxilofacial y dolor orofacial<sup>(34)</sup>; por ello en este estudio, sería una razón el déficit de conocimiento en odontopediatras. Además, se considera indispensable que los cirujanos dentistas independiente de la especialidad, participen en programas que refuercen su preparación para la detección y tratamiento en posibles pacientes con SAOS<sup>(7)</sup>.

Asimismo, se señaló una percepción relacionada a la actividad profesional de ortodoncistas con rangos favorables, aunque en odontopediatras fue de favorable a regular. La percepción asociada a capacitación y formación, en ambos grupos, fueron favorables. De igual manera, Bian et al.<sup>(35)</sup> en su estudio mostró resultados aceptables en cirujanos dentistas. Esto podría constatar que el SAOS se ha convertido en la actualidad, un tema de suma importancia entre profesionales del ámbito odontológico<sup>(16)</sup>. Por otra parte, Lombardi et al.<sup>(36)</sup>, coincide con el grupo de ortodoncistas, aunque su metodología varía y la muestra eran médicos generales. No se han establecido muchos estudios referentes a esta dimensión.

Por otro lado, en actitud y actividad profesional, ambos grupos exhiben valores aceptables, al igual que en capacitación y formación. No obstante, los resultados discrepan con Alzahrani et al.<sup>(33)</sup>, evidenciando una actitud negativa en correlación al déficit de conocimiento. Lo anterior podría explicar y generar, la falta de confianza de los cirujanos dentistas respecto al diagnóstico y manejo del SAOS, provocando una actitud pesimista e impidiendo una atención adecuada, resaltando la falta de educación y capacitación clínica en las facultades de odontología. Sin embargo, Kale et al.<sup>(5)</sup>, Jokubauskas et al.<sup>(6)</sup> y Shafiei et al.<sup>(37)</sup>, coinciden con la actual investigación, planteando reforzar la sección de conocimientos, implementando estrategias prácticas para mejorar las habilidades de los profesionales.

Dentro de las limitaciones del estudio, tenemos que la muestra no es representativa concerniente a ambos grupos de especialistas, debido a la técnica de muestreo no probabilístico. Las dimensiones evaluadas en el presente estudio fueron de carácter teórico, exceptuando las

experiencias de práctica clínica y, por tanto, podría haber un sesgo de subjetividad sobre el SAOS.

### **Conclusiones**

- Los ortodoncistas y odontopediatras no tienen diferencias significativas con respecto al conocimiento, percepción y actitud sobre el síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños.
- El grupo etario más frecuente fue de 31 a 40 años en ambos grupos de profesionales. El sexo predominante en los ortodoncistas fue el masculino y en odontopediatras, el femenino.
- En los ortodoncistas, el nivel de conocimiento, respecto a la actividad profesional destacó niveles buenos en aquellos que ejercían la docencia universitaria y consulta privada; a diferencia del grupo de odontopediatras que abarcaron niveles regulares, en aquellos que se desempeñaban en Minsa o Essalud. El nivel de conocimiento asociado a capacitación y formación del primer grupo, se determinó un conocimiento bueno, mientras que, en este último, un conocimiento regular.
- En los ortodoncistas, la percepción, respecto a la actividad profesional se determinó rangos favorables en aquellos que se desempeñaban en docencia universitaria, Minsa o Essalud y en un complemento de consulta privada con Minsa o Essalud. En cuanto a odontopediatras se estableció rangos favorables en aquellos que se desempeñaban en docencia universitaria y en un complemento de docencia universitaria, consulta privada y Minsa o Essalud. La percepción asociada a capacitación y formación de ambos grupos profesionales, presentaron valores favorables.
- La actitud, respecto a la actividad profesional, en ortodoncistas y odontopediatras, se precisaron valores aceptables en aquellos que se desempeñaban en consulta privada más Minsa o Essalud, docencia universitaria y en un complemento de docencia universitaria, consulta privada y Minsa o Essalud. La actitud asociada a capacitación y formación en ambas especialidades, presentaron valores aceptables.

### **Recomendaciones**

- Promover futuros estudios de nivel explicativo que se realicen dentro de la misma línea de investigación, ya que es de interés multidisciplinario en los ámbitos de la salud.

- Abordar una muestra con mayor capacidad de participantes por grupo profesional y poder comparar con los datos de profesionales de otros países, en un estudio multicéntrico.

## Referencias

1. Bitners AC, Arens R. Evaluation and Management of Children with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Lung*. 2020;198(2):257-70.
2. Stauffer J, Okuji D, Lichty II G, Bhattacharjee R, Whyte F, Miller D, et al. A Review of Pediatric Obstructive Sleep Apnea and the Role of the Dentist. *J Dent Sleep Med*. 2018;5(4):111-130.
3. Tamasas B, Nelson T, Chen M. Oral Health and Oral Health-Related Quality of Life in Children With Obstructive Sleep Apnea. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 2019;15(3):445-52.
4. Fleck RJ, Shott SR, Mahmoud M, Ishman SL, Amin RS, Donnelly LF. Magnetic resonance imaging of obstructive sleep apnea in children. *Pediatr Radiol*. 2018;48(9):1223-33.
5. Kale SS, Kakodkar P, Shetiya SH. Obstructive sleep apnea domains: Knowledge, attitude and practice results of dentists from a dental college in India. *Sleep Sci*. 2020;13(1):3-9.
6. Jokubauskas L, Pileičikienė G, Žekonis G, Baltrušaitytė A. Lithuanian dentists' knowledge, attitudes, and clinical practices regarding obstructive sleep apnea: A nationwide cross-sectional study. *Cranio J Craniomandib Pract*. 2019;37(4):238-45.
7. Swapna LA, Alotaibi NF, Falatah SA, Joaithen MSA, Koppolu P. Knowledge of Obstructive Sleep Apnea among Dental Fraternity in Riyadh. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(15):2508-12.
8. Alansari RA, Kaki AS. Knowledge of Signs, Symptoms, Risk Factors, and Complications of Obstructive Sleep Apnea among Dental Interns. *J Contemp Dent Pract*. 2020;21(5):558-61.
9. Chiang H, Long A, Carrico C, Robinson R. The Prevalence of General Dentists Who Screen For Obstructive Sleep Apnea. *J Dent Sleep Med*. 2018;5(3):55-60.
10. Paglia L. Respiratory sleep disorders in children and role of the paediatric dentist. *Eur J Paediatr Dent*. 2019;20(1):5.
11. Behrents RG, Shelgikar AV, Conley RS, Flores-Mir C, Hans M, Levine M, et al. Obstructive sleep apnea and orthodontics: An American Association of Orthodontists White Paper. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2019;156(1):13-28.e1.
12. Lo Bue A, Salvaggio A, Insalaco G. Obstructive sleep apnea in developmental age. A narrative review. *Eur J Pediatr*. 2020;179(3):357-65.
13. Ehsan Z, Ishman SL. Pediatric Obstructive Sleep Apnea. *Otolaryngol Clin North Am*. 2016;49(6):1449-64.

14. Große L, Bahr K. Kindliches obstruktives Schlafapnoesyndrom. *HNO*. 2021;69(4):325-34.
15. Bozzini MFR, Di Francesco RC. Managing obstructive sleep apnoea in children: the role of craniofacial morphology. *Clinics*. 2016;71(11):664-6.
16. Vuorjoki-Ranta TR, Lobbezoo F, Vehkalahti M, Tuomilehto H, Ahlberg J. Treatment of obstructive sleep apnoea patients in community dental care: knowledge and attitudes among general dental practitioners and specialist dentists. *J Oral Rehabil*. 2016;43(12):937-42.
17. Alsubie HS, BaHammam AS. Obstructive Sleep Apnoea: Children are not little Adults. *Paediatr Respir Rev*. 2017;21:72-9.
18. Chervin null, Hedger null, Dillon null, Pituch null. Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Sleep Med*. 2000;1(1):21-32.
19. Barbosa DF, Giannasi LC, Ferreira LMDB, Cruz MM e, Alves MC, Berzin F. A singular oral appliance to treat obstructive sleep apnea in CPAP non-adherent patients. *Dent Press J Orthod*. 2020;25:44-50.
20. Yanyan M, Min Y, Xuemei G. Mandibular advancement appliances for the treatment of obstructive sleep apnea in children: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med*. 2019;60:145-51.
21. Camacho M, Chang ET, Song SA, Abdullatif J, Zoghi S, Pirelli P, et al. Rapid maxillary expansion for pediatric obstructive sleep apnea: A systematic review and meta-analysis. *The Laryngoscope*. 2017;127(7):1712-9.
22. Ilea A, Timuş D, Höpken J, Andrei V, Băbţan AM, Petrescu NB, et al. Oral appliance therapy in obstructive sleep apnea and snoring - systematic review and new directions of development. *Cranio J Craniomandib Pract*. 2021;39(6):472-83.
23. Lavigne GJ, Herrero Babiloni A, Beetz G, Dal Fabbro C, Sutherland K, Huynh N, et al. Critical Issues in Dental and Medical Management of Obstructive Sleep Apnea. *J Dent Res*. 2020;99(1):26-35.
24. Cielo CM, Gungor A. Treatment Options for Pediatric Obstructive Sleep Apnea. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2016;46(1):27-33.
25. Ng JH, Yow M. Oral Appliances in the Management of Obstructive Sleep Apnea. *Sleep Med Clin*. 2019;14(1):109-18.
26. Esparza Parga R, Rubio Barrios J. La pregunta por el conocimiento. *Saber*. 2016;28(4):813-8.
27. Carrasco RJO, Toledo RDV, Hansen OS. Percepción y actitudes hacia la investigación científica. *Academo*. 2018;5(2):101-9.
28. Ondarza AMG, Crespo EN, Reyes MOU, Padrón RP. La preparación para la actividad profesional: Un reto pedagógico de actualidad. *Didascalia Didáctica Educ*. 2018;9(4):133-50.

29. Böhrh Pelaez MR. Capacitación y desarrollo de los recursos humanos: reflexiones integradoras. *Rev Cienc Cult.* 2000;(8):123-31.
30. RAE. Definición de edad - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. 2020.
31. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gac Sanit.* 2019;33:203-10.
32. Schotland HM, Jeffe DB. Development of the obstructive sleep apnea knowledge and attitudes (OSAKA) questionnaire. *Sleep Med.* 2003;4(5):443-50.
33. Alzahrani MM, Alghamdi AA, Alghamdi SA, Alotaibi RK. Knowledge and Attitude of Dentists Towards Obstructive Sleep Apnea. *Int Dent J.* 2021;72(3):315-21.
34. Nguyen VT. Knowledge, attitude, and clinical practice of dentists toward obstructive sleep apnea: A literature review. *Cranio J Craniomandib Pract.* 2020;1-7.
35. Bian H. Knowledge, opinions, and clinical experience of general practice dentists toward obstructive sleep apnea and oral appliances. *Sleep Breath Schlaf Atm.* junio de 2004;8(2):85-90.
36. Lombardi C, Musicco E, Bettoncelli G, Milanese M, Senna G, Braido F, et al. The perception of Obstructive Sleep Apnoea/Hypopnoea Syndrome (OSAHS) among Italian general practitioners. *Clin Mol Allergy CMA.* 2015;13(1):4.
37. Shafiei S, Sofi-Mahmudi A, Behnaz M, Safiaghdam H, Sadr S. Iranian Dental Students and Specialists Knowledge and Attitude about Obstructive Sleep Apnea. 2020; 25-30.

## Anexos

## Anexo 01



**CONSEJO DE FACULTAD**  
**RESOLUCIÓN N° 083-2022-USAT-FMED**  
**Chiclayo, 02 de junio de 2022**

Vista la solicitud virtual N° TRL-2021-20357 en virtud de la aprobación con fecha 27 de mayo de 2022 por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante LLATAS QUINTANA CELIA KASSANDRA, de la Escuela de Odontología. Asesor: Mgtr. Mariano Wenceslao Ortiz Pizarro.

**CONSIDERANDO:**

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Odontología.

Que el proyecto de Investigación denominado: **CONOCIMIENTO, PERCEPCIÓN Y ACTITUD DE ORTODONCISTAS Y ODONTOPEDIATRAS RESPECTO AL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN NIÑOS. CHICLAYO, 2022**, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

**SE RESUELVE:**

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Dar a conocer la presente resolución a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.



SECRETARÍA ACADÉMICA  
FACULTAD DE MEDICINA



FACULTAD DE MEDICINA

  
Mgtr. Nelly Patricia Becerra Escate  
Secretaría Académica  
Facultad de Medicina



Mtro. Luis Enrique Jara Romero  
Decano (e)  
Facultad de Medicina

**Anexo 02**

---

**HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

---

<b>Título del estudio:</b>	<b>Conocimiento, percepción y actitud de ortodoncistas y odontopediatras respecto al síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños. Chiclayo, 2022</b>
<b>Investigador (a):</b>	<b>Celia Kassandra Llatas Quintana</b>
<b>Institución:</b>	<b>Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo</b>

---

**Declaración del investigador:**

Se le invita a participar del estudio con la intención de conocer entorno al SAOS. El presente estudio está desarrollado por una investigadora de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. El objetivo principal es comparar el conocimiento, percepción y actitud en ortodoncistas y odontopediatras respecto al SAOS en niños, ya que existe un vacío de conocimiento contextual principalmente en Latinoamérica, por lo tanto, permitirá tener información previa para cualquier tipo de intervención e inclusión de esta temática en las distintas especialidades o formación universitaria.

La información que se le está brindando posibilitará discernir su deseo de participar o no.

**Procedimientos:**

Si acepta participar del estudio, este se ejecutará de la siguiente manera:

- Se le enviará un enlace para acceder al cuestionario que incluyen 19 preguntas sobre conocimiento, percepción y actitud con relación al SAOS en niños.

**Riesgos:**

No hay riesgo involucrado al participar de esta investigación. No obstante, si considera que alguna de las preguntas le genera molestias, usted decidirá si cree conveniente responderla o no.

**Beneficios:**

Los resultados adquiridos de la investigación serán confidenciales y proveerán un beneficio indirecto para los participantes, en vista de que el SAOS es un tema de poco énfasis en el campo odontológico.

**Costos y compensación**

No tendrá que pagar nada para participar en el estudio. Asimismo, no recibirá ninguna compensación económica ni de otra índole.

**Confidencialidad:**

Garantizamos total confidencialidad de la información obtenida, exceptuando a la investigadora Celia Cassandra Llatas Quintana, encargada de recopilar los datos. Además, no se exhiben nombres ni apellidos ya que cada participante tendrá una codificación, dándole así un carácter anónimo.

Antes de decidir su participación, puede hacer todas las preguntas que desee, estaremos encantados de responderlas. Si, una vez que acepta participar, se desanima o ya no quiere continuar, puede hacerlo sin preocupaciones.

**Derechos del participante:**

Usted decidirá su participación en el estudio, sin embargo, si desea en cualquier momento retirarse o no participar, es libre de tomar decisiones sin perjuicio alguno. En caso se presenten dudas o inquietudes, consulte con la investigadora Celia Cassandra Llatas Quintana, teléfono 964569510.

Si tiene alguna pregunta acerca de los aspectos éticos del estudio o creen que lo han tratado injustamente, comuníquese con el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono (074)-606200 anexo 1138.

Cordialmente,

***Celia Kassandra Llatas Quintana***  
***Investigadora Principal***

### Anexo 03

## Conocimiento, percepción y actitud de ortodoncistas y odontopediatras respecto al síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños. Chiclayo, 2022

### CUESTIONARIO

#### DATOS GENERALES

1. ¿Cuál es su edad en años? Escriba un número:
2. ¿Cuál es su sexo?
  - a. Femenino
  - b. Masculino
3. ¿Usted ha participado de algún curso de postgrado o capacitación con respecto al SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO durante los últimos 5 años?
  - a. SI
  - b. NO
4. ¿Usted ha recibido formación con respecto al SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO durante su residentado o especialidad?
  - a. SI
  - b. NO
5. ¿En qué rubro desempeña su carrera profesional? Marque más de una alternativa si lo requiere.
  - a. Docencia universitaria
  - b. Consulta privada
  - c. Ministerio de Salud o EsSalud

#### SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

6. ¿Qué características clínicas nos permitirían identificar a un paciente con SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?
  - A) Dificultad al respirar, ronquidos, déficit de concentración, obesidad
  - B) Dificultad al respirar, ronquidos, déficit de concentración, anorexia
  - C) Dificultad al respirar, hiperactividad, onicofagia, disfonía
  - D) Dificultad al respirar, hiperactividad, onicofagia, hábitos posturales
7. ¿Cuáles son las alteraciones dentoesqueléticas frecuentes en un paciente con SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?
  - A) Mordida cruzada anterior, hipoplasia media facial, deficiencia transversal del maxilar
  - B) Mordida profunda, hipoplasia media facial, aumento transversal del maxilar
  - C) Mordida abierta, protrusión incisiva superior, deficiencia transversal del maxilar
  - D) Mordida abierta, protrusión incisiva inferior, aumento transversal del maxilar
8. ¿Cuál es el examen estándar o de referencia para el diagnóstico de SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?
  - A) Tomografía computarizada
  - B) Ortopantomografía
  - C) Polisomnografía nocturna
  - D) Hemograma
9. ¿Cuál de los siguientes tratamientos tienen mayor efecto frente al SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?
  - A) Adelantamiento maxilar y corrección de la deglución atípica
  - B) Adelantamiento maxilar y expansión mandibular
  - C) Expansión rápida del maxilar y retrusión mandibular
  - D) Expansión rápida del maxilar y avance mandibular

10. ¿Cuál es el examen auxiliar que tendría mayor importancia para evaluar el SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?
- A) Anamnesis
  - B) Examen radiográfico
  - C) Interconsulta
  - D) Cuestionario de sueño pediátrico
11. ¿Cuál es la relevancia que usted le asigna a un posible trastorno del sueño en relación al éxito de otros tratamientos que realiza?
- A) Muy relevante
  - B) Relevante
  - C) Regular
  - D) Irrelevante
  - E) Muy irrelevante
12. ¿Cómo considera su capacidad para diagnosticar el SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO en niños?
- A) Muy Relevante
  - B) Relevante
  - C) Regular
  - D) Irrelevante
  - E) Muy irrelevante
13. ¿Cómo considera su capacidad para participar del tratamiento del SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO en niños?
- A) Muy considerable
  - B) Considerable
  - C) Regular
  - D) Limitado
  - E) Muy limitado
14. ¿Cómo considera el impacto del SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO en la calidad de vida del niño?
- A) Muy significativo
  - B) Significativo
  - C) Regular
  - D) Insignificante
  - E) Muy insignificante
15. En caso llegue a su consulta un niño con un posible diagnóstico de SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ¿Cuál sería su predisposición para realizar una interconsulta?
- A) Siempre dispuesto
  - B) Mayormente dispuesto
  - C) Regularmente dispuesto
  - D) Algunas veces dispuesto
  - E) Nunca dispuesto
16. En caso llegue a su consulta un niño con un posible diagnóstico de SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO pero que no desea un tratamiento médico. ¿Cuál sería su predisposición para realizar un tratamiento ortodóntico/ortopédico?
- A) Completamente dispuesto
  - B) Mayormente dispuesto
  - C) Depende del caso
  - D) Poco dispuesto
  - E) No dispuesto por ahora

17. ¿Usted estaría dispuesto a participar de un equipo multidisciplinario para tratar un caso con SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?
- A) Siempre
  - B) A menudo
  - C) Regularmente
  - D) Algunas veces
  - E) Nunca
18. ¿Cuál es la influencia que tiene la información recibida durante su entrenamiento sobre el SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, en su práctica clínica actual?
- A) Totalmente influyente
  - B) Muy influyente
  - C) Regular
  - D) Poco influyente
  - E) Nada influyente
19. ¿Usted estaría de acuerdo en llevar un entrenamiento o capacitación específica para tratar pacientes con SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?
- A) Muy de acuerdo
  - B) De acuerdo
  - C) No lo sé
  - D) Poco de acuerdo
  - E) En desacuerdo