

TÍTULO

"Nivel de conocimiento y actitud en profesores y padres de familia frente a un traumatismo dentoalveolar en Escuelas de la ciudad de Loja"

Tesis previa a la obtención del título de Odontóloga

AUTORA:

Adriana Noemí Zari Zúñiga

DIRECTORA:

Odt. Esp. Susana Patricia González Eras

LOJA – ECUADOR 2018

ii

CERTIFICACIÓN

Odt. Susana Patricia González Eras, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de tesis previo la obtención del título de Odontóloga General sobre el tema "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD EN PROFESORES Y PADRES DE FAMILIA FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN ESCUELAS DE LA CIUDAD DE LOJA" el mismo que ha sido elaborado por la Srta. Adriana Noemí Zari Zúñiga, considerando que cumple con los

requisitos reglamentarios pertinentes, autorizo su presentación y sustentación.

Loja, 31 de Octubre de 2018

Atentamente,

Odt. Esp. Susana Patricia González Eras

DIRECTORA DE TESIS

iii

AUTORÍA

Yo, Adriana Noemí Zari Zúñiga, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y

eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos

de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación

de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Adriana Noemí Zari Zúñiga

Firma:

Cédula: 1104678931

Fecha: 31 de Octubre del 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Adriana Noemí Zari Zúñiga declaro ser autora de la tesis titulada: "NIVEL DE

CONOCIMIENTO Y ACTITUD EN PROFESORES Y PADRES DE FAMILIA

FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN ESCUELAS DE LA

CIUDAD DE LOJA"; a su vez autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad

Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción

intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente

manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de

información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis

que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los 31 días del mes de

Octubre del 2018. Firma la autora.

Autora: Adriana Noemí Zari Zúñiga

Cédula: 1104678931

Correo electrónico: adris_z21@hotmail.com

Celular: 0981882550

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Odt. Esp. Susana Patricia González Eras

Tribunal de Grado: Odt. Esp. Diana Gahona Carrión – Presidenta

Odt. Esp. Cecilia Mariana Díaz López - Vocal

Odt. Esp. Johanna Alexandra Riofrio Herrera- Vocal

ν

DEDICATORIA

A Dios, por darme las fuerzas necesarias cuando quería desmayar y no continuar, siempre fue mi luz al final del camino.

A mi madre, aunque físicamente ya no está, su sueño fue verme convertida en una profesional; a mi padre y hermanos por todo su apoyo, amor, comprensión durante el camino, por haberme enseñado a luchar con decisión para alcanzar mis metas.

A mi hijo Pablito, mi mayor motivación para salir adelante.

Adriana Noemí Zari Zúñiga

vi

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Susana González Eras, por confiar en mí, por su apoyo incondicional, su

disposición, dedicación y por ser un gran ejemplo de disciplina y esfuerzo.

A mi familia, por el apoyo durante este tiempo, especialmente a mis padres y hermanos,

a todos aquellos que se atrevieron a atenderse conmigo sin jamás dudar de mis

capacidades. Gracias por siempre demostrar interés en lo que iba aprendiendo y por

incentivarme a ser cada día mejor.

A todos mis profesores, quienes impartieron sus conocimientos durante mi formación

académica, de todo corazón, muchas gracias.

A mis amigas, por siempre estar presentes con palabras de apoyo cuando necesitaba,

gracias de corazón, por hacerme sentir que era capaz de lograr todo y siempre demostrar

que se sentían orgullosas de mí.

Adriana Noemí Zari Zúñiga

ÍNDICE

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	6
4.1. Trauma Dentoalveolar	6
4.1.1. Definición	6
4.1.2. Etiología	6
4.1.2.1. Las caídas en la infancia	6
4.1.2.2. Accidentes de bicicleta	7
4.1.2.3. Deportes	7
4.1.3. Epidemiología	8
Prevalencia e incidencia	8
4.1.4. Dentición afectada y dientes involucrados	11
4.1.5. Clasificación del Trauma Dentoalveolar	12
4.1.5.1. Lesiones de los tejidos duros dentarios	13
4.1.5.1.1. Fracturas Coronarias	13
4.1.5.1.2. Fracturas Radiculares	13
4.1.5.2. Lesiones de los tejidos periodontales	14

	4.1.6.	Protocolo de atención de un Traumatismo Dentoalveolar	. 15
	4.1.7.	Protocolo de atención para dientes con fractura de corona	. 15
	4.1.8.	Protocolo de atención para dientes avulsionados	. 16
	4.1.9.	Medios de almacenamiento y transporte del diente	. 16
	4.1.10.	Tiempo extraoral del diente posterior al trauma	. 20
	4.1.10	.1. Periodo extraoral	. 20
	4.1.	10.1.1. Periodo extraoral en seco corto	. 20
	4.1.	10.1.2. Periodo extraoral superior a una hora.	. 21
	4.1.	10.1.3. Periodo extraoral inferior a una hora	. 22
	4.1.11.	Tratamiento y manejo clínico del diente posterior al traumatismo dentoalveolar	. 23
	4.1.12.	Prevención	. 24
4	.2. Imp	acto psicológico del trauma dentoalveolar en un niño/a	. 25
4	.3. Con	ocimiento y actitud	. 26
	4.3.1.	Definición de conocimiento	. 26
	4.3.1.1	. Medición del conocimiento.	. 27
	4.3.2.	Definición de actitud	. 27
	4.3.2.1	. Medición de la actitud.	. 27
	4.3.2.2	2. Escala de Likert	. 28
5.	MATER	IALES Y MÉTODOS	. 30
6.	RESULT	ADOS	. 39
7.	DISCUS	IÓN	. 77
8.	CONCL	USIONES	. 80
9.	RECOM	ENDACIONES	. 82
10.	BIBLI	OGRAFÍA	. 83
11.	ANEX	OS	. 88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los grupos según Género
Tabla 2. Distribución de los grupos según el Nivel de formación académica
Tabla 3. Ha recibido información sobre primeros auxilios en odontología
Tabla 4.En caso de un accidente en la boca, usted observa minuciosamente para verificar si
existen heridas en la mucosa, encías, lengua o dientes
Tabla 5. Al problema por el cual los dientes de adelante se salen en forma completa debido
a un fuerte golpe en la boca se conoce como
Tabla 6. A los dientes delanteros quebrados o rotos a causa de un fuerte golpe en la boca se
conoce como
Tabla 7.El pedazo de diente roto o el diente que se ha salido completamente de su sitio
debe ser buscado en el lugar del accidente, Por qué?
Tabla 8. Si a un niño se le rompe o se le sale un diente a causa de un golpe en la boca.
¿Cuál es el primer lugar donde buscaría ayuda?
Tabla 9. ¿Cuál es el tiempo que usted considera ideal para buscar atención de emergencia
si un diente definitivo de adelante se sale a causa de un fuerte golpe en la boca?55
Tabla 10. Si usted decide colocar en su sitio el diente caído a causa de un golpe en la boca,
¿Cómo limpiaría el diente antes de colocarlo en su lugar?
Tabla 11. Si usted decide NO poner en su sitio el diente caído, ¿Cómo transporta el diente
hasta que el niño reciba atención odontológica de emergencia?
Tabla 12. ¿En dónde llevaría usted los pedazos de diente roto hasta poder recibir atención
de emergencia?
Tabla 13. De los siguientes líquidos, cuál elegiría para transportar el diente definitivo
delantero hasta recibir atención de emergencia?
Tabla 14. Tabla Cruzada Sobre Niveles de Conocimiento
Tabla 15. Caso Hipotético No. 1
Tabla 16. Caso Hipotético No. 2
Tabla 17. Prueba T: Comparación por tipo de evaluado el nivel de conocimiento

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de los grupos según Género39
Gráfico 2. Distribución de los grupos según el Nivel de formación académica41
Gráfico 3. Distribución de los grupos según información sobre primeros auxilios
Gráfico 4. En caso de un accidente en la boca, usted observa minuciosamente para verificar
si existen heridas en la mucosa, encías, lengua o dientes
Gráfico 5. Al problema por el cual los dientes de adelante se salen en forma completa
debido a un fuerte golpe en la boca se conoce como
Gráfico 6. A los dientes delanteros quebrados o rotos a causa de un fuerte golpe en la boca
se conoce como
Gráfico 7. El pedazo de diente roto o el diente que se ha salido completamente de su sitio
debe ser buscado en el lugar del accidente, Porqué?51
Gráfico 8. Si a un niño se le rompe o se le sale un diente a causa de un golpe en la boca.
¿Cuál es el primer lugar donde buscaría ayuda?53
Gráfico 9. ¿Cuál es el tiempo que usted considera ideal para buscar atención de emergencia
si un diente definitivo de adelante se sale a causa de un fuerte golpe en la boca?55
Gráfico 10. Si usted decide colocar en su sitio el diente caído a causa de un golpe en la
boca, ¿Cómo limpiaría el diente antes de colocarlo en su lugar?57
Gráfico 11. Si usted decide NO poner en su sitio el diente caído, ¿Cómo transporta el
diente hasta que el niño reciba atención odontológica de emergencia? 59
Gráfico 12. ¿En dónde llevaría usted los pedazos de diente roto hasta poder recibir
atención de emergencia?61
Gráfico 13. De los siguientes líquidos, cuál elegiría para transportar el diente definitivo
delantero hasta recibir atención de emergencia?
Gráfico 14. Niveles de Conocimiento: Comparación de grupos evaluados65
Gráfico 15. Caso Hipotético No. 1
Gráfico 16. Caso Hipotético No. 2
Gráfico 17. Prueba T: Comparación por tipo de evaluado el nivel de conocimiento 75

1. TÍTULO

"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD EN PROFESORES Y PADRES DE FAMILIA FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN LAS ESCUELAS DE LA CIUDAD DE LOJA"

2. RESUMEN

Los traumatismos dentoalveolares son lesiones que afectan a los dientes y al hueso que lo sostiene, la mayoría de estas lesiones afectan a los dientes anteriores provocando una disminución de las capacidades de masticación y dicción, así como problemas estéticos que pueden producir trastornos psicológicos en el paciente. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y actitud de profesores y padres de familia frente a un traumatismo dentoalveolar en las escuelas de la Ciudad de Loja. Material y Método: Se aplicó un cuestionario de 14 preguntas así como dos casos hipotéticos para valorar el nivel de conocimiento y actitud a 268 personas, entre ellos 160 padres de familia y 108 profesores de cuatro escuelas de la Ciudad de Loja; el análisis estadístico de los datos se lo realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado con un grado de significancia del 95%. Resultados: en las preguntas para valoración del conocimiento se encontró que los profesores obtuvieron un nivel de conocimiento regular con 86,10% y los padres de familia un nivel de conocimiento malo con 60% y en los casos hipotéticos para valorar la actitud, predominó la actitud negativa en el caso 1 con un 86.1% en profesores y actitud indiferente 21.9% en padres de familia, y en el caso 2 predominó la actitud indiferente en los padres de familia con un 77.5% y en los profesores la actitud negativa con un 68,5%, no hubo actitud positiva en los grupos participantes. Conclusión: el nivel de conocimiento en los profesores fue regular y en padres de familia fue malo y la actitud negativa e indiferente predominó tanto en profesores como en padres de familia.

Palabras Clave: avulsión, fractura dental, trauma dentoalveolar, conocimiento, actitud.

SUMMARY

Dentoalveolar injuries are injuries that affect the teeth and the bone that sustains it, most of

these injuries affect the anterior teeth causing a decrease in chewing and diction abilities,

as well as aesthetic problems that can produce psychological disorders in the patient.

Objective: To determine the level of knowledge and attitude of teachers and parents

against dentoalveolar trauma in the schools of the City of Loja. Material and Method: A

questionnaire of 14 questions was applied as well as two hypothetical cases to assess the

level of knowledge and attitude to 268 people, among them 160 parents and 108 teachers

from four schools of the City of Loja; Statistical analysis of the data was carried out using

the Chi-square test with a 95% degree of significance. Results: in the questions for

assessment of knowledge it was found that teachers obtained a level of regular knowledge

with 86.10% and parents a bad level of knowledge with 60% and in hypothetical cases to

assess the attitude, the negative attitude in case 1 with 86.1% in teachers and indifferent

attitude 21.9% in parents, and in case 2 the indifferent attitude prevailed in the parents with

77.5% and in the teachers the negative attitude with a 68, 5%, there was no positive

attitude in the participating groups. Conclusion: the level of knowledge in the teachers was

regular and in parents was bad and the negative and indifferent attitude prevailed both in

teachers and parents.

Keywords: avulsion, dental fracture, dento-alveolar trauma, knowledge, attitude.

3

3. INTRODUCCIÓN

La integridad de los tejidos dentarios muchas veces se ve afectada por los traumatismos dentoalveolares, que son la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries dental que afecta a la población menor de 19 años. El traumatismo dental es quizás uno de los accidentes más dramáticos que le suceden a un individuo y su frecuencia es cada día mayor; en odontopediatría es aún más evidente, puesto que la incidencia de lesiones dentarias precisamente es mayor en la niñez y en la adolescencia (Parra, 2017).

Turkistani, (2011) define al trauma dentoalveolar como "Injuria que resulta de un factor externo (trauma) que involucra el diente, la porción alveolar del maxilar o la mandíbula y los tejidos blandos adyacentes".

Las causas de los traumatismos dentales son de naturaleza compleja y están influenciadas por diferentes factores, incluyen a la biología humana, comportamiento y el medio ambiente. Los datos acumulados por las estadísticas indican cifras preocupantes acerca de la incidencia y prevalencia de los traumatismos dentales. La incidencia de las lesiones dentales llega a su máximo justo durante la edad escolar y se produce principalmente por lesiones ocasionadas por caídas, choques y por prácticas deportivas. (Ballesta, 2003).

Por lo tanto, los padres de familia y profesores juegan un papel determinante en el pronóstico del tratamiento de un traumatismo dental, porque son ellos quienes se encuentran cerca del entorno del niño, ya sea en casa o en la escuela. Estudios desarrollados acerca del grado de educación de los responsables de los niños sobre cómo actuar ante un traumatismo dentario señalan el bajo conocimiento sobre el manejo de esta situación, así como la necesidad de realizar campañas informativas sobre el tema. (Sánchez, Valero, Bañuelos, & Gallardo, 2011)

La calidad de los procedimientos de primeros auxilios dentales, es decir, el manejo inmediato brindado por la persona responsable del niño influye directamente en el pronóstico a largo plazo del diente avulsionado y fracturado, desde el momento en que ocurre el trauma dentario, ya que la persona más cercana en el momento de la urgencia es quien va a recoger, manipular, transportar el diente traumatizado y decidir el tiempo ideal para buscar atención con el odontólogo.

Entonces, ¿Los profesores tienen mejor nivel de conocimiento que los padres de familia?

Teniendo en cuenta la interrogante anterior, el estudio planteó como objetivo general evaluar el nivel de conocimiento y actitud frente a un traumatismo dentoalveolar en profesores y padres de familia de Escuelas de la Ciudad de Loja, así como también planteó ciertos objetivos específicos como determinar si el nivel de formación académica influye en el nivel de conocimiento, evaluar el nivel de conocimiento de términos básicos como fractura dentaria y avulsión, evaluar el nivel de conocimiento del primer lugar a dónde se acudiría en caso de un traumatismo, el tiempo ideal para buscar atención en caso de traumatismo, valorar el nivel de conocimiento en cuanto al medio de transporte y almacenamiento de un diente traumatizado y finalmente valorar la actitud en profesores y padres de familia frente a dos casos hipotéticos de trauma dentoalveolar.

Los diferentes estudios desarrollados acerca del grado de educación y nivel de conocimiento de los responsables de los niños, acerca del tema, sobre cómo actuar ante un traumatismo dentario señalan el bajo conocimiento sobre el manejo de esta situación, por ello vimos la necesidad de abordar e investigar éste tema de suma importancia, tanto para profesores como para padres de familia.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. Trauma Dentoalveolar

4.1.1. Definición. "Injuria que resulta de un factor externo (trauma) que involucra el diente, la porción alveolar del maxilar o mandíbula y los tejidos blandos adyacentes". Así mismo Guedes (2003) señala. "Los traumatismos dentarios son definidos como el resultado de impactos, cuya fuerza agresora supera la resistencia encontrada en los tejidos óseo, muscular y dentario".

La extensión de estas lesiones mantiene relación directa con la intensidad, el tipo y la duración del impacto; es decir a medida que aumenta esta triada, mayores serán los daños pudiendo llegar a ocasionar lesiones inmediatas y a distancia; siendo el trauma dentoalveolar uno de los tipos de traumatismo que ocasiona más daño sobre el diente, el tejido periodontal e incluso sobre la estética del paciente. (Gómez P. M., 2011)

- **4.1.2.** Etiología. Existen varios factores etiológicos de los traumatismos dentales en niños, la mayoría de los autores describe como más frecuentes: las caídas, accidentes de coche y de bicicleta y las actividades deportivas. (Andreasen, J, 2010)
- 4.1.2.1. Las caídas en la infancia. En la dentición temporal suelen ocurrir un mayor número de accidentes en los primeros 3 años de vida, esto se debe a que durante este periodo, el niño pasa de un estado de dependencia total de movimientos a una relativa situación de estabilidad, pues aprende a agacharse, gatear, ponerse de pie y andar. "Todos los niños se caen repetidamente cuando están aprendiendo a mantenerse erguidos y a caminar, no es raro que golpeen sus dientes contra el borde de una cuna, la mesa o el suelo". (Barbería, 2005, pág. 85)

Sandalli, Cildir, y Guler (2005), manifiestan que: cuando los niños empiezan a andar, entre los 18 y los 30 meses, aumenta al doble el riesgo de sufrir algún tipo de trauma dental.

4.1.2.2. Accidentes de bicicleta. La edad en la que ocurre con más frecuencia éste tipo de accidentes va desde los diez años en adelante, el resultado de un accidente de este tipo es un severo trauma del tejido extraoral y duro, debido a la velocidad y a la altura del impacto, siendo muy comunes las fracturas de corona, lesiones del labio superior y de la mejilla. (Blinkhorn, 2000)

4.1.2.3. Deportes. Durante la edad escolar, con un pico máximo aproximado de 9 años, encontramos el grupo de mayor riesgo a sufrir lesiones dentales, porque el trauma está más relacionado con los deportes. (Stockwell, 1988)

Las lesiones traumáticas son muy frecuentes en actividades deportivas, sobretodo en la adolescencia. Hoy en día, no sólo hay muchos niños que practican deporte, sino que cada vez empiezan a edades más tempranas y practican en niveles superiores de competición. Los traumatismos varían con la edad, siendo las fracturas dentales más frecuentes en niños y adolescentes que en adultos, debido a que éstos están más expuestos a deportes y juegos.

También se destaca que las lesiones traumáticas son más comunes en los deportes de equipo como: baloncesto, waterpolo, balonmano, béisbol y boxeo, debido al mayor número de contactos. Sin embargo, las lesiones menos graves suelen darse en deportes individuales como por ejemplo el esquí.

Otra etapa o riesgo de lesiones traumática es entre los 8 a 11 años de edad probablemente debido a las prácticas deportivas acentuadas y eventualmente a algún tipo

de juegos riesgosos, también cabe mencionar que durante los 15 a 17 años, puede presentarse eventuales lesiones traumáticas, posiblemente por el comportamiento característico en la independencia, la autoconfianza excesiva y negligencia de cuidados personales (Guedes, 2003).

4.1.3. Epidemiología. Glendor (2008), realizó una revisión de 12 años de literatura sobre estudios epidemiológicos a lo largo de todo el mundo y describió al Trauma dentoalveolar "como un problema de salud pública y que probablemente su prevalencia vaya en aumento, ya que un tercio de todos los preescolares (dentición temporal), un cuarto de escolares (dentición mixta) y un tercio de la población adulta han sufrido algún tipo de trauma dentoalveolar.

En un estudio de pacientes que presentaban lesiones orales traumáticas en Suecia, el Trauma dentoalveolar era el más común (92%), seguida por lesiones a los tejidos blandos orofaciales (28%), las fracturas a los huesos maxilofaciales fueron relativamente escasas, con solo un 6% (Petersson et al., 1997). Una exhaustiva encuesta nacional en Estados Unidos mostró que 1 de cada 4 adultos presenta antecedente de haber sufrido un trauma dentoalveolar (Kaste et al., 1996).

Mundialmente la proporción del trauma maxilofacial en relación con todos los tipos de trauma reportada por departamentos de emergencia y de accidentes varía de 9% a 33% (Donoso, 2015).

Prevalencia e incidencia. La prevalencia de las lesiones dentales traumáticas todavía varía considerablemente; esta variación no solo refleja diversidad socioeconómica, temperamental y cultural, sino también la falta de estandarización de los métodos y clasificaciones observadas en la literatura. El uso de protocolos epidemiológicos

estandarizados facilitará la comparación entre países y puede decirse que la prevalencia de las lesiones dentales traumáticas es alta en todo el mundo. (Andreasen, J, 2010)

Andreasen y Ravn (1972), señalan lo siguiente.

Un estudio en los Estados Unidos en pacientes de 6 y 50 años de edad mostró que aproximadamente 1 de cada 4 adultos presentan evidencias de lesiones dentales traumáticas. En el Reino Unido, 1 de 5 niños ha sufrido algún tipo de lesión dental traumática a los dientes anteriores permanentes antes de terminar la escuela.

Una forma de eliminar la influencia de la edad es estudiar la prevalencia de lesiones dentales traumáticas en etapas dadas del desarrollo, como para la dentición primaria a la edad de 5 años por ejemplo antes del periodo de dentición mixta y a la edad de 12 años por ejemplo después del periodo de dentición mixta y del periodo de alta incidencia de trauma.

Aparte de unos pocos estudios longitudinales, la mayoría de los reportes son transeccionales, lo que quiere decir que el registro de lesiones previas es hasta cierto punto dependiente de la información dada por el niño a los padres lo que puede representar un gran error. Un estudio clínico demostró que padres en casi la mitad de los casos de lesiones anteriormente asentadas a los dientes primarios en una clínica dental preescolar negaban en un cuestionario que esas lesiones habían ocurrido.

Además, la falta de ayudas diagnósticas en evaluaciones transeccionales implica que no se detectarán varios signos de las lesiones dentales traumáticas, como las lesiones de luxación, concusión, subluxación, intrusión, extrusión, lesiones pulpares, fracturas radiculares y reabsorciones, lesiones periapicales, dientes reimplantados y lesiones al hueso de soporte, encía y mucosa oral.

Los hallazgos de un estudio perspectivo donde todas las lesiones dentales ocurridas desde el nacimiento hasta los 14 años de edad fueron registradas cuidadosamente demostraron que el 30% de los niños han sufrido lesiones en la dentición primaria y el 22% en la dentición permanente (Andreasen & Ravn, 1972).

En total de cada 2 niños uno ha tenido una lesión dental traumática para los 14 años de edad (Barbería, 2005). En otro estudio prospectivo llevado a cabo en Australia, se reportó una incidencia de 20 casos de lesiones dentales traumáticas por cada mil al año, en niños de edades entre los 6 y 12 años.

Puede decirse que más niños que niñas presentan trauma en sus dientes, la predominancia masculina está relacionada con la tendencia que éstos tienen a ser más enérgicos y suelen escoger juegos más activos y vigorosos. Los dientes traumatizados con más frecuencia en ambos géneros pertenecen al grupo de dientes permanentes, siendo el diente traumatizado con mayor frecuencia el incisivo central superior (80%), seguido del lateral superior y de los incisivos centrales y laterales inferiores, siendo el ángulo mesioincisal el que se fractura con más frencencia (Mallqui & Hernández, 2012).

Sandalli, Cildir, & Guler (2005) mostraron. "En su estudio con una muestra de 161 dientes afectados que, 69 eran dientes primarios y 92 dientes permanentes". En cuanto a la dentición temporal, los dientes más comúnmente afectados por lesiones traumáticas como la intrusión y la extrusión son los incisivos superiores debido a su localización, siendo más vulnerables a la fractura. El incisivo central superior es el diente más afectado y las fracturas coronales son las lesiones más prevalentes en dentición permanente (Tovo, Dos Santos, Kramer, Feldens, & Sari, 2004).

4.1.4. Dentición afectada y dientes involucrados. Las lesiones de la dentición temporal son comunes, a causa de la resiliencia del hueso que rodea los dientes temporales, cuyas lesiones usualmente comprenden luxaciones dentarias. La íntima proximidad entre ambas denticiones constituye un riesgo para la dentición permanente en cuanto a que la energía proveniente del impacto puede ser transmitida fácilmente al germen dentario en desarrollo. Un diente temporal intruido puede resultar forzado al interior del folículo, perturbando el epitelio del esmalte reducido y los ameloblastos secretores, lo cual da por resultado coloración y/o hipoplasia del esmalte del germen permanente. (Marcenes, Alessi, & Traebert, 2000)

Las fracturas coronarias conforman las lesiones traumáticas más frecuentes en la dentición permanente, pues constituyen entre el 26 % y el 76 % y solo el 38 % en la dentición primaria. Además de la pérdida de tejido duro, ésta lesión puede representar un riesgo para la pulpa y las principales fuentes de complicación pulpar después de las fracturas coronarias son la cercanía de la fractura a la pulpa y el peligro de que penetren en la pulpa bacterias y toxinas bacterianas.

En caso de fracturas coronarias no complicadas y no tratadas, se acumulará la placa bacteriana sobre la dentina expuesta, para invadir posteriormente los túbulos dentinarios, es desconocido el ritmo de esta invasión ni su significado para la salud pulpar. En caso de exposición pulpar, se producen los siguientes acontecimientos: poco después de la lesión, la pulpa expuesta se cubre con una capa de fibrina, inmediatamente por debajo del sitio de exposición se ve una zona de inflamación aguda, después de 2 días ocurren cambios proliferativos, por los que finalmente la pulpa hace protrusión a través de la exposición (Marcenes, Alessi, & Traebert, 2000).

Por lo general resulta comprometida una sola pieza, particularmente un incisivo superior, en el 50 % de los casos, el 34 % de los accidentes resultan traumatizadas dos piezas y, en porcentajes mucho menores, un número mayor de piezas sobre todo en niños entre los 1,5 y 2,5 años y en rangos mayores cuando el niño es excepcional o con daños motores, pero comúnmente las fracturas dentarias ocurren en un solo diente, presentando una mayor incidencia en los incisivos centrales superiores permanentes y pueden estar acompañados por lesiones en los tejidos periodontales (Basrani, 2001).

En general los análisis epidemiológicos, sostienen que el diente más afectado es el incisivo central superior, seguido por el lateral superior e incisivo central inferior y el ángulo mesio-incisal es el que se fractura con más frecuencia, mientras que en la dentición permanente la lesión más frecuente es la fractura de corona no complicada, mientras que en la dentición temporal son las luxaciones, aunque hay autores que indican como más frecuente las fracturas de corona.

En el niño pequeño el proceso alveolar tiene espacios medulares grandes y es relativamente flexible, el ligamento periodontal es muy elástico, permitiendo que ante un ligero traumatismo, los dientes se luxen en vez de fracturarse. En contraste, la dentición permanente sufre más fracturas que luxaciones, debido fundamentalmente a la menor proporción corona-raíz y a que el hueso alveolar es más denso.

4.1.5. Clasificación del Trauma Dentoalveolar. Actualmente es prácticamente universal el uso de la clasificación de Andreasen, que es una modificación de la propuesta por la Organización Mundial de Salud en su catalogación internacional de enfermedades aplicada a la Odontología y a la Estomatología, en 1995. La clasificación se refiere tanto a las lesiones de los tejidos duros dentales y de la pulpa, así

como a los tejidos periodontales, mucosa y hueso. Presenta la ventaja de que se puede aplicar tanto en dentición temporal como en permanente (Marcenes, Alessi, & Traebert, 2000).

4.1.5.1. Lesiones de los tejidos duros dentarios.

- 4.1.5.1.1. Fracturas Coronarias. En general, las fracturas coronarias son el tipo más común de traumatismo dentario. Las variantes de las lesiones que se pueden producir dependen de la edad del paciente, así como de la gravedad y dirección del traumatismo.
- Fisura del esmalte. Se presenta como una grieta o una línea de fisura en el esmalte.
 Habitualmente tiene el aspecto de una grieta y con frecuencia, sólo se visualiza cuando se emplea la transiluminación a través de la corona. Existe una tendencia hacia la tinción de las grietas que puede originar problemas estéticos.
- Fractura coronaria no complicada. Consiste en una fractura de la corona que afecta sólo al esmalte o a éste y a la dentina, pero sin exposición pulpar.
- Fractura coronaria complicada. Es la fractura de la corona que afecta al esmalte y a la dentina, con una profundidad suficiente para dar lugar a una exposición pulpar (Morie & Leal, 2006).
- 4.1.5.1.2. Fracturas Radiculares. En ocasiones, puede existir una lesión dentaria que no afecte de forma directa a la corona del diente, pero en cambio origine una fractura en la raíz, dicha fractura puede ser vertical, horizontal u oblicua respecto al eje mayor de la raíz.
- Fractura coronorradicular. Esta fractura afecta tanto a la corona como a la raíz al mismo tiempo, lo habitual es que se produzca una fractura cervical horizontal u

oblicua, que se extiende justo por debajo del aparato de inserción o hacia el hueso alveolar. Con frecuencia, la corona queda separada completamente de la raíz. En algunos casos se mantiene en posición sólo por el aparato de inserción.

- Fracturas radiculares intraalveolares. Estas lesiones consisten en una fractura de la raíz que ha quedado totalmente incluida en el hueso, la misma que puede ser horizontal (también denominada transversal) o más diagonal (también denominada oblicua), y lo habitual es que la raíz quede dividida en dos fragmentos: uno coronal y otro apical.
- **4.1.5.2.** Lesiones de los tejidos periodontales. Berman, Blanco y Cohen (2008), señalan las siguientes lesiones:
- Concusión. Lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal de éste.
- Subluxación. Lesión de las estructuras de sostén del diente con movilidad, pero sin desplazamiento de éste.
- Luxación Lateral. Desplazamiento del diente en dirección a la axial y se presenta con comunicación o fractura de la cavidad alveolar.
- Luxación intrusiva. Desplazamiento del diente en el hueso alveolar y se presenta con comunicación o fractura de la cavidad alveolar.
- Luxación extrusiva. desplazamiento parcial del diente de su alvéolo.
- **Avulsión**. Desplazamiento completo del diente fuera de su alvéolo.

Es preciso indicar que en la práctica clínica la mayoría de los profesionales utilizan la clasificación de Ellis (1970), para describir mejor la extensión anatómica de la lesión, ésta clasificación es numérica:

Clase I: Dientes sin fracturas ni lesión periodontal.

Clase II: Dientes con fracturas de la corona a nivel de la dentina.

Clase III: Dientes con fractura de la corona, muy cercana a la pulpa o con exposición pulpar.

Clase IV: Dientes con fractura de la raíz, con fractura de la corona o sin ella.

Clase V: Dientes con luxación completa y avulsión.

Clase VI: Dientes con subluxación (intrusión y extrusión). (Santos, 2009)

4.1.6. Protocolo de atención de un Traumatismo Dentoalveolar. El tratamiento ideal de la fractura dentaria es la adhesión del fragmento dentario y el tratamiento de la avulsión dental es el reimplante inmediato; de no ser esto posible, hay que evitar la desecación del ligamento periodontal y del fragmento fracturado, transportando el diente avulsionado y los fragmentos dentarios en un medio fisiológico adecuado; pero tanto el período extraoral y el medio de almacenamiento y transporte son factores que están a cargo de personas inexpertas (Marcenes, Alessi, & Traebert, 2000).

4.1.7. Protocolo de atención para dientes con fractura de corona. Berman, Blanco y Cohen (2008), recomiendan a las personas inexpertas seguir las siguientes instrucciones:

- Recoger los fragmentos del diente fracturado.
- Lavar los fragmentos con agua pura.
- Introducir los fragmentos en un frasco con agua pura o suero fisiológico y acudir a un servicio odontológico inmediatamente.

Estos fragmentos podrán ser reposicionados por el odontólogo lográndose una restauración más conservadora.

- **4.1.8. Protocolo de atención para dientes avulsionados.** Person, Liewhr, y Patton (2003), recomiendan a las personas inexpertas que en los casos de avulsión no pierdan el tiempo y sigan las siguientes instrucciones:
- No tomar el diente por la raíz, tomarlo por la corona.
- Lavar el diente de preferencia con suero fisiológico y ubicarlo inmediatamente en su lugar de origen.
- Si no son capaces de reimplantar el diente, introducir el diente en un vaso con leche
 descremada pasteurizada o con suero fisiológico. Si esto no es posible, colocar el
 diente dentro de la boca del niño (entre los dientes y el labio inferior) y transportarlo
 junto al paciente a la brevedad a un Servicio Odontológico.
- **4.1.9. Medios de almacenamiento y transporte del diente.** (Mejía & De la Hoz, (2017) manifiestan. "El uso de un medio inapropiado de almacenamiento incrementa la posibilidad de necrosis del ligamento periodontal, lo que conlleva a futura reabsorción y pérdida del diente". La disponibilidad es una característica importante; el medio de almacenamiento debe estar cerca del lugar del accidente, ya que el tiempo transcurrido mientras el diente es colocado en este influye en su supervivencia y debe cumplir además con las siguientes características para considerarlo un medio ideal:
 - pH neutro que esté en rangos de 7.2 a 7.4, pero pueden sobrevivir en un pH entre 6.6 y 7.8 2.

- La osmolaridad: Debe encontrarse en un rango de 230 a 400mOsm/Kg, para que haya crecimiento celular
- Esterilidad: la contaminación bacteriana está relacionada con la reabsorción inflamatoria.
- Nutrición: Contener componentes que nutran las células.
- Disponibilidad. Deben estar disponibles en lugar del accidente, deben ser asequibles al público, de larga duración y vida útil.

Los medios de acondicionamiento para el transporte de los dientes avulsionados incluyen (en orden de preferencia) (American Academy of Pediatric Dentistry, 2010): Viaspan, Solución balanceada de Hank's, leche descremada, saliva (en el surco vestibular), suero fisiológico y agua.

• Agua. Es el medio de almacenamiento menos adecuado por ser una solución hipotónica, causa muerte celular; el agua es tan dañina para el ligamento periodontal como mantener el diente seco, produce una rápida lisis del LPD debido a su osmolaridad hipotónica; adicionalmente, el almacenamiento en agua más de veinte minutos provoca grandes reabsorciones radiculares.

El agua, por su comprobado efecto dañino a las células del ligamento periodontal, es utilizado como control negativo en la mayoría de los estudios experimentales de nuevos medios de almacenamiento para dientes avulsionados. Sin embargo, en la guía para el manejo de trauma dental de la American Academy of Pediatric Dentistry y en la guía para pacientes de la International Association of Dental Traumatology (IADT) recomiendan a los pacientes que si el diente avulsionado está sucio, lo deben tomar por la corona y

enjuagarlo con agua corriente fría solo durante 10 segundos y luego reimplantarlo, pero nunca dejarlo en un contenedor con agua mientras se reimplanta.

- Saliva. Por ser una solución hipotónica y por contener bacterias, es un medio muy negativo para que las células sobrevivan. No obstante, los estudios demuestran que si el diente se coloca en el vestíbulo bucal, los fibroblastos pueden mantenerse vitales media hora o más. Se ha reportado éxito con controles de hasta tres años de dientes avulsionados mantenidos en el ambiente oral hasta cinco horas antes de ser reimplantados, y se ha concluido que si no se tiene un medio de elección a la mano, la saliva es buena alternativa
- Suero Fisiológico. Aunque con una osmolaridad similar a la del ligamento periodontal no puede mantener el metabolismo de estas células, porque no tiene nutrientes, sin embargo, es posible usarlo como un medio de conservación aceptable a corto plazo, manteniendo la vitalidad celular hasta 30 minutos. Otra desventaja que presenta es que no se encuentra normalmente en el lugar del accidente
- Solución salina balanceada de Hank's (HBSS). En la guía de manejo de dientes avulsionados de la Asociación Americana de Endodoncia (AAE), la solución salina balanceada de Hanks (HBSS) encabeza la lista como medio ideal de almacenamiento por su capacidad para mantener la viabilidad de las células del ligamento periodontal por periodos extensos de tiempo. El HBSS contiene todos los metabolitos esenciales y la glucosa necesaria para el mantenimiento de las células. Tiene un pH y una osmolaridad ideales y le permite preservar las células y tejidos hasta 24 horas. El HBSS no necesita estar refrigerado. La desventaja consiste en que es costoso, no es de fácil adquisición y tiene una fecha de vencimiento corto. (Mejía & De la Hoz, (2017)

• Leche. En 1981 Andreasen (Dinamarca) y Blomlof, Lindskog y Hammarstrom (Suecia) fueron los primeros en reportar sobre la viabilidad de la leche fresca descremada pasteurizada como medio para conservar un diente avulsionado. La leche si no fuera por el contenido de lípidos 8,46 sería un excepcional medio; no obstante, en las condiciones en que se produce un traumatismo dentario es el mejor medio de transporte porque es fácil de conseguir y por la pasteurización y otros procesos de higienización carece de bacterias.

Hasta la actualidad se han realizado investigaciones con leche de diferentes composiciones, dichos estudios reportan diferentes valores de osmolalidad y pH, pero todos concuerdan que la leche es un adecuado medio de transporte que puede estar disponible en el lugar del accidente.

En la avulsión hay una cantidad de factores relacionados con la resorción radicular que se observa después del reimplante. Entre ellos, el más crítico parece ser la conservación del diente avulsionado antes del reimplante. Es de mayor importancia que el ligamento periodontal adherido a la raíz se mantenga húmedo, por eso la conservación del diente en seco es perjudicial para la vitalidad de los fibroblastos del ligamento periodontal, mientras que la saliva permite un almacenamiento de hasta 2 horas (Berman, Blanco, & Cohen, 2008).

El mismo autor señala que la leche también es bien tolerada por el ligamento periodontal, dientes conservados hasta por 6 horas en leche mostraron el mismo bajo grado de resorción que los reimplantados de inmediato.

El Viaspan y la Solución balanceada de Hank's no están disponibles en los hogares pero la leche sí y gracias a los lípidos contenidos o a la pasteurización es considerada

como un buen medio para los fibroblastos del ligamento periodontal. Las siguientes razones pueden explicar por qué la leche es un buen medio:

- La osmolalidad (250 mOsm/kg) y el pH permiten la viabilidad celular.
- Puede proveer nutrientes a las células del ligamento periodontal.
- Tiene marcadamente menos cantidad de bacterias que la saliva.
- Fácil disponibilidad

En contraste la saliva tiene una osmolalidad de 60-80 mOsm/Kg, es una solución hipotónica, lo que causa que las células del ligamento periodontal, crezcan y revienten. El suero fisiológico tiene una osmolalidad de 280 mOsm/Kg, estudios reportan que los fibroblastos conservados en suero fisiológico o en leche resultaban en igual cantidad de células destruidas después de 3 horas (Morie & Leal, 2006).

Si el reimplante inmediato no es posible, el diente avulsionado deberá ponerse rápidamente en un medio adecuado hasta que pueda realizarlo un odontólogo, por consiguiente los medios de almacenamiento y transporte para dientes avulsionados son: la leche, la saliva, agua, el suero fisiológico, la solución balanceada de Hank's (HBSS), y otros medios. (Traebert, 2009).

4.1.10. Tiempo extraoral del diente posterior al trauma.

4.1.10.1. Periodo extraoral

4.1.10.1.1. Periodo extraoral en seco corto. Si el tiempo extraoral en seco es menos de 60 minutos (límite para la vitalidad celular) hay que diferenciar dos posibilidades, según el grado de desarrollo radicular.

- Dientes con ápice cerrado. En dientes maduros no existe la posibilidad de revascularización, pero si período extraoral en seco ha sido inferior a una hora (bien porque se reimplantó o se mantuvo en medio adecuado de conservación), las probabilidades de curación periodontal son aceptables.
- Dientes con ápice abierto. Cuando el ápice está abierto, es posible la revascularización y el cierre apical. Se ha observado que la capacidad de revascularización puede aumentar mediante procedimientos de acondicionamiento antes del reimplante. Por ello, los dientes inmaduros con período extraoral menor de una hora no hay que reimplantarlos inmediatamente; deben introducirse durante 5 min en una solución de 1mg de doxiciclina en 20ml de solución de Hank o suero fisiológico y a continuación en el alveólo, reimplantar con el mayor cuidado posible (International Asociation Dental Traumatology, s.f.).
- 4.1.10.1.2. Periodo extraoral superior a una hora. Cuando el diente está más de 60 minutos sin ningún medio de almacenamiento, se produce la necrosis celular, por lo que introducirlo después en una solución conservante carece de función. En estos casos, el diente debe prepararse para que sea lo más resistente a la reabsorción por sustitución ósea, con un protocolo a base de ácido cítrico y fluoruro de estaño o fluoruro de sodio.
- *Dientes con ápice cerrado*. El procedimiento que se debe seguir con estos dientes es el siguiente:
 - Limpieza suave del ligamento periodontal con un instrumento no cortante.
 - Introducir el diente en ácido cítrico (o ácido ortofosfórico) durante 5 minutos para eliminar los restos fibrosos.
 - Limpieza con suero fisiológico de los residuos ácidos.

- Extirpar la pulpa e introducir el diente en fluoruro de estaño al 2% durante 5 minutos o fluoruro sódico (2.2% y pH: 5.5) durante 20 minutos.
- Tratamiento endodontico
- Reimplantar.
- Dientes con ápice abierto. Surge la controversia de si reimplantar o no un diente inmaduro con período extraoral mayor de una hora. Aunque para unos autores no es aconsejable, pues el diente acaba perdiéndose por infraoclusión, otros son partidarios de reimplantarlo, porque la altura y anchura del hueso alveolar se puede mantener, dejando para cuando termine el crecimiento facial otras medidas terapéuticas(un implante). Nosotros somos partidarios de esta segunda opción (International Asociation Dental Traumatology, s.f.).
- 4.1.10.1.3. Periodo extraoral inferior a una hora. La International Asociation Dental Traumatology (s.f), señala lo siguiente:
- Diente con ápice cerrado. No existe ninguna posibilidad de revascularización, por lo
 que el tratamiento endodóntico debe iniciarse durante la segunda consulta, pues la
 pulpa estará necrótica pero no infectada o con infección mínima.

En esta sesión se elimina la pulpa y se aplica un agente antibacteriano. Se toma la longitud radicular con una lima y se limpia y conforma el conducto. A continuación se rellena con hidróxido de calcio durante un período de tiempo relativamente corto (15 días), y así se garantiza la desinfección del conducto. Se han utilizado muchos medicamentos para evitar la reabsorción radicular, pero de momento el hidróxido de calcio es el más indicado.

• Diente con ápice abierto. Existe la posibilidad de que los dientes con ápices abiertos se revascularicen, sin embargo, la exploración de una pulpa necrótica en los dientes inmaduros resulta difícil. La infección pulpar es más virulenta al existir una lesión del precemento y la reabsorción inflamatoria es rápida, porque los túbulos son amplios y permiten que los gérmenes alcancen pronto el cemento.

Debe citarse al paciente cada 3-4 semanas para repetir las pruebas de vitalidad y valorar la situación del diente (dolor a la percusión y/o palpación, inflamación, movilidad después de la sesión inicial, cambios de color en el diente o evidencia radiográfica de patología); y al primer signo iniciar el tratamiento endodóntico (apexificación).

4.1.11. Tratamiento y manejo clínico del diente posterior al traumatismo dentoalveolar. Morie y Leal (2006), señalan. "Estudios epidemiológicos han demostrado que las necesidades de tratamiento de las lesiones dentales traumáticas no son cumplidas apropiadamente, tanto a países en desarrollo como a países desarrollados.

Los bajos niveles de tratamiento brindado observado a nivel mundial pueden ser la causa de que las lesiones dentales traumáticas no se vean como una enfermedad. Otro aspecto que puede sumar a la negligencia en el tratamiento de las lesiones dentales traumáticas. (Morie & Leal, 2006)

Otro estudio, usando radiografías para evaluar el tratamiento brindado, encontró que solo el 47% de los dientes lesionados recibieron tratamiento, de los cuales el 59% fue inadecuado. Un estudio llevado a cabo en Jordania demostró que sólo el 3% de los dientes evaluados estaban tratados, mientas que el 64% de los dientes requerían tratamiento.

Los traumatismos dentoalveolares son considerados de urgencia y de atención odontológica inmediata y necesaria (Andreasen, J, 2010).

4.1.12. Prevención. Cabe señalar que los traumatismos son imprevisibles, sin embargo, algunas medidas pueden ser tomadas para prevenir la lesión en individuos predisponentes como son: el uso de protectores bucales personalizados en la prevención de traumatismos durante la práctica de deportes de contacto, tratamiento ortodóncico para individuos con overjet severo y así mismo la educación en primeros auxilios en relación a dientes traumatizados para los pacientes, padres y profesores. Se recomienda también la reducción de peso a través de la dieta y de la práctica de actividades deportivas, las cuales ayudarían al niño obeso a perder peso, volviéndolo más hábil y menos propenso a lesiones traumáticas (Stockwell, 1988).

El conocimiento de la epidemiología puede reducir la morbilidad de las lesiones resultantes de caídas. Además de esos esfuerzos preventivos dirigidos a un tipo específico de caídas podrían ser efectivos, como por ejemplo, la colocación de barreras físicas en lugares de extremo peligro. Así mismo a pesar que las lesiones son frecuentemente un problema de salud, la prevención de estas no pueden ser realizadas solamente por profesionales del área sino que un trabajo multidisciplinar podría ser más eficaz.

Gutmaan y Col., alertaron sobre la necesidad de educación adicional para profesores y técnicos deportivos en el área de prevención y tratamiento de traumatismos dentoalveolares, ya que con la expansión de los deportes a los jóvenes, una mayor parte de la población está expuesta a los factores que resultan en lesiones relacionadas a las actividades deportivas y sugirieron que medidas preventivas deberían ser realizadas a los atletas más jóvenes, los cuales no pueden comprender la naturaleza o implicancias de la actividad; a los adolescentes los cuales pudieran ser arriesgados durante las actividades

para impresionar a sus compañeros; y a sus mayores, los cuales pueden crear una postura de invulnerabilidad. (Stockwell, 1988).

Los protectores bucales protegen la región facial, incluyendo dientes, labios, carrillos y lengua, reduciendo la incidencia y la severidad de lesiones durante las prácticas deportivas, y considerándose estas una contribución de la odontología a la medicina deportiva, siendo responsabilidad del cirujano dentista la realización de programas educativos con técnicos, padres y atletas.

Según (Chan, Wong, & Cheung, 2001), existe la necesidad de campañas educacionales que generen conocimientos sobre los procedimientos de urgencias en los traumas dentoalveolares para profesores, así como discusiones con profesionales responsables en primeros auxilios para que se aborde el tema, asegurando que el mensaje sea trasmitido adecuadamente. Los autores sugirieron también que los procedimientos de urgencia en casos de traumatismos dentoalveolares pudieran ser incorporados dentro de un entrenamiento curricular para los profesores

4.2. Impacto psicológico del trauma dentoalveolar en un niño/a

En la actualidad existen pocos estudios que examinan los efectos psicológicos postraumáticos específicos de las lesiones faciales, a menos que se reconozcan y se traten, los problemas psicológicos postraumáticos pueden volverse crónicos. Los profesionales deben conocer las manifestaciones (síntomas) y que entre las opciones terapéuticas se puede incluir la remisión a los servicios de salud mental.

Lipton (2008), manifiesta. "Una cantidad significativa de sujetos lesionados físicamente en un episodio traumático desarrollarán trastornos psicológicos, entre los que se incluye la ansiedad, la depresión y el trastorno por estrés postraumático". Los mismos autores

señalan que la tasa de trastorno por estrés postraumático tras accidentes graves, entre los que se incluyen los accidentes de tráfico, ha oscilado entre un 11.6% y un 23.6%. Sus dos conclusiones principales son que "no es necesario que sean grandes las lesiones físicas para que se precipiten unas secuelas psicológicas adversas, y que, incluso, los individuos que presentan en su vida antes de sufrir el traumatismo pueden desarrollar un transtorno psicológico agudo".

Andreasen y Backland (2002), sostienen "Que las lesiones intencionadas de origen violento son idóneas para desencadenar una alta tasa de trastornos emocionales en las víctimas". Así mismo las lesiones bucofaciales son un aspecto significativo, aunque la mayor parte de las veces infravalorado, de la carga traumática soportada por nuestras poblaciones más vulnerables. El tratamiento se orienta por completo hacia la atención de las manifestaciones físicas evidentes de la lesión, y que rara vez se tienen en cuenta los problemas psicológicos. Así mismo entre las reacciones comunes a las lesiones traumáticas se incluyen síntomas derivados de experimentar de forma repetida (revivir) y no deseada el suceso, hiperexcitación, ansiedad y una sensación persistente de peligro actual.

4.3. Conocimiento y actitud

4.3.1. Definición de conocimiento. El conocimiento se concibe como el proceso de cognición, que transforma todo el material sensible que recibe del entorno, codificándolo, almacenándolo y recuperándolo en posteriores actitudes y comportamientos.

Por otro lado, los resultados del estudio de Ensember señalan que la actitud es uno de los elementos fundamentales del comportamiento de los individuos. Si se llega a modificar una actitud indiferente o negativa se podrá favorecer comportamientos deseables (Hernandez, 1991).

- **4.3.1.1.** *Medición del conocimiento*. El conocimiento es el aprendizaje adquirido que se puede estimar en una escala que puede ser cualitativa o cuantitativa.
- **4.3.2. Definición de actitud.** Ander-Egg citado por Jones (1995), define la actitud como "una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones". Además señala la diferencia entre actitud y opinión, la cual constituiría una "posición mental consciente, manifiesta sobre algo o alguien, que no implica disposición a la acción.

Una actitud es una predisposición aprendida para responder conscientemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos (Contreras, 2003). Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos que hacen referencia. Las actitudes sólo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como "síntomas" no como "hechos".

4.3.2.1. Medición de la actitud. La Escala de Likert es un método desarrollado por Rensis Likert a principios de los años treinta. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que muestre su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras. En

este caso la afirmación incluye palabras que expresan una sola relación lógica (X - Y). Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuánto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones.

En términos generales, una escala Likert se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación. Estas puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda la escala (la suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones), y las afirmaciones cuyas puntuaciones se correlacionen significativamente con las puntuaciones de toda la escala, se selecciona para integrar el instrumento de medición. Asimismo, debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala.

4.3.2.2. Escala de Likert. La escala de Likert es una escala ordinal y como tal no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa esto que su actitud hacia el fenómeno medido sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, pero sí nos informa que el que obtiene 60 puntos tiene una actitud más favorable que el que tiene 30. A pesar de esta limitación, la escala Likert tiene la ventaja que es fácil de construir y aplicar, además proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide. (Pinedo, s.f.)

La construcción de esta escala consta los siguientes pasos:

- Se recoge una larga serie de ítems relacionados con la actitud que queremos medir y se seleccionan, aquellos que expresan una posición claramente favorable o desfavorable. Estos ítems pueden ser elaborados por personas conocedoras del tema que se pretende medir y conocedoras, así mismo, del colectivo de individuos que
- Se selecciona un grupo de sujetos similar a aquél al que piensa aplicarse la escala.
 Estos responden, eligiendo en cada ítem la alternativa que mejor describa su posición personal.
- Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones más altas cuanto más favorables son a la actitud, dándose a cada sujeto la suma total de las puntuaciones obtenidas. Posibles respuestas:

T.A.= totalmente de acuerdo

responderá a la escala definitiva.

A.= de acuerdo en ciertos aspectos

I.= indeciso

D.= en desacuerdo en ciertos aspectos

T. D. = totalmente en desacuerdo

 Para asegurar la precisión de la escala, se seleccionaran el 25 % de los sujetos con puntuación más alta y el 25 % con puntuación más baja, y se seleccionan los ítems que discriminan a los sujetos de estos dos grupos, es decir, aquellos con mayor diferencia de puntuaciones medias entre ambos grupos.

Con los criterios anteriores se selecciona el número de ítems deseado para la escala.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue realizado en cuatro escuelas de la Ciudad de Loja: Escuela de Educación Básica Particular "Punto de Partida", Unidad Educativa Particular "Santa Mariana de Jesús", Escuela de Educación Básica Particular "El Tesoro del Saber" y Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío" las mismas que otorgaron la respectiva autorización y colaboración para la aplicación de las encuestas a toda su planta docente y a los padres de familia de Quinto año de educación básica.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo, es decir, no fue experimental porque buscó describir las variables en determinado grupo de estudio por un periodo corto de tiempo y de corte transversal porque no necesitó seguimiento por periodos largos de tiempo, además la población de estudio fue investigada en un momento determinado y no necesitamos establecer grupos de control.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en cuatro Escuelas de la ciudad de Loja: Escuela de Educación Básica Particular "Punto de Partida", Unidad Educativa Particular "Santa Mariana de Jesús", Escuela de Educación Básica Particular "El Tesoro del Saber" y Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío" que brindaron la respectiva autorización para realizar las encuestas; la unidad de estudio fueron los padres de familia y docentes de niños y niñas que cursen el quinto grado de educación básica.

UNIVERSO

4 Escuelas de la ciudad de Loja, de acuerdo a la información recabada en las Instituciones Educativas, la muestra queda conformada de la siguiente manera:

- Escuela Miguel Riofrío: 43 profesores y 75 padres de familia
- Escuela Santa Mariana de Jesús: 31 profesores y 62 padres de familia
- Escuela Punto de Partida: 23 profesores y 15 padres de familia
- Escuela Tesoro del Saber: 11 profesores y 8 padres de familia

Obteniendo una muestra de 160 padres de familia y 108 profesores, en total 268 individuos para el estudio.

MUESTRA

La muestra para el estudio fue por conveniencia, cuatro instituciones educativas: Escuela de Educación Básica Particular "Punto de Partida", Unidad Educativa Particular "Santa Mariana de Jesús", Escuela de Educación Básica Particular "El Tesoro del Saber" y Escuela de Educación Básica "Miguel Riofrío" en cada escuela se aplicó encuestas a todos los profesores y únicamente a padres de familia de niños /as que cursen el quinto año de Educación Básica, debido a que son niños que se encuentran dentro del rango de edad de prevalencia de traumatismos dentales.

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa estadístico Epi-Info tomando en cuenta datos estadísticos poblacionales aproximados respecto a niños que cursan el 5to año de EB de edades entre 9 y 10 años proporcionados por el distrito de Educación de Loja, estipulándose una muestra de 268 individuos, 160 padres de familia y 108 profesores, dando un total de 268 individuos para el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesores que forman parte de la planta docente al momento de realizar el estudio.
- Padres de familia de quinto año de Educación Básica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Padres de familia que no pertenecen al quinto año de Educación Básica.
- Ausencia del profesor que por cualquier motivo no se encontraban en la escuela en el momento de la encuesta; ya sea por enfermedad, calamidad doméstica, reposo, etc.

MÉTODO E INSTRUMENTOS

Una vez obtenido el respectivo permiso por parte de los Directores de las 4 escuelas seleccionadas para el estudio, se tomó una muestra de 160 padres de familia y 108 profesores tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión. Previamente a la aplicación de la encuesta se dio una explicación breve de las preguntas a los profesores mientras que a los padres de familia se envió con cada niño a casa la encuesta, para posteriormente ser entregada, esto debido a que es muy complicado interrumpir las labores diarias de los padres de familia.

INSTRUMENTO

Las preguntas formuladas en el cuestionario fueron seleccionadas de acuerdo a la literatura existente, basadas además en estudios similares y artículos científicos. La encuesta consta de 15 preguntas: 14 sobre conocimiento de trauma dentoalveolar, donde cada pregunta fue valorada mediante el criterio de la respuesta correcta, estableciendo los siguientes intervalos de valoración: 0 a 2 respuestas correctas, Conocimiento Malo, 3 a 6 respuestas correctas, Conocimiento Regular, y 7 a 9 respuestas correctas, Conocimiento Bueno; y en la pregunta 15 se formularon dos casos hipotéticos para valorar la actitud, la misma fue valorada mediante la Escala de Likert, explicada de la siguiente manera: el caso 1 tiene 4 items, a su vez cada ítem tiene 5 opciones de respuesta cada una con diferente valor desde 5 puntos la opción Definitivamente Si, 4 puntos la opción Probablemente Si, 3 puntos la opción Dudo, 2 puntos la opción Probablemente No y 1 punto la opción Definitivamente No. Para

obtener el valor final de cada caso se sumaron los valores de acuerdo a la respuesta señalada

por el participante en cada ítem, establecidos de la siguiente manera:

• 20-15: actitud positiva

• 14-9: actitud indiferente

• 8-4: actitud negativa

El caso 2, constó de 3 items, igualmente con 5 opciones de respuesta cada una con

diferente valor desde 5 puntos la opción Definitivamente Si, 4 puntos la opción

Probablemente Si, 3 puntos la opción Dudo, 2 puntos la opción Probablemente No y 1 punto

la opción Definitivamente No. Para obtener el valor final de cada caso se sumaron los valores

de acuerdo a la respuesta señalada por el participante en cada ítem, establecidos de la

siguiente manera:

• 15-12: actitud positiva

• 11-9: actitud indiferente

• 8-3: actitud negativa

CUESTIONARIO

Universidad Nacional de Loja

Carrera de Odontología



Instrucciones

Lea detenidamente y marque una sola respuesta de acuerdo a su criterio y la que usted considere correcta. El objetivo de ésta encuesta es saber sobre el manejo que tendrían los profesores y padres de familia ante un traumatismo dental, así mismo se desea conocer las acciones que usted realizaría si a un niño/a se le fractura o se le rompe un diente a causa de un accidente.

1. Género

Femenino ()

	Masculino ()
2.	Señale con una X, si usted es:
	Padre/madre de familia ()
	Profesor/a ()
3.	Nivel de formación académica
	Primaria ()
	Secundaria ()
	Tercer nivel ()
	Cuarto nivel ()
4.	Ha recibido información sobre primeros auxilios en odontología
	Si()
	No ()
5.	En caso de un accidente en la boca, usted observa minuciosamente para verificar si
	existen heridas en la mucosa, encías, lengua o dientes.
	• Si ()
	• No()
6.	Al problema por el cual los dientes de adelante se salen en forma completa debido a un
	fuerte golpe en la boca se lo conoce como:
	 Avulsión (arrancamiento traumático del diente) ()
	• Fractura dentaria ()
	• Infección dentaria ()
7.	A los dientes delanteros quebrados o rotos a causa de un fuerte golpe en la boca se
	conoce como:
	Avulsión (arrancamiento traumático del diente) ()
	• Fractura dentaria ()
	• Infección dentaria ()
8.	El pedazo de diente roto o el diente que se ha salido completamente de su sito se debe
	buscado en el lugar del accidente, ¿porqué?
	 El odontólogo puede recolocar el diente en su lugar ()
	• Si se pierde en ese momento no se podrá salvar el diente ()
	• No se debe buscar porque ya no sirve ()

9. Si a un niño se le rompe o se le sale un diente a causa de un golpe en la boca. ¿Cuál es el

primer lugar donde buscaría ayuda?

3
 Odontólogo ()
Médico ()
• Emergencia de un hospital ()
10. ¿Cuál es el tiempo que usted considera ideal para buscar atención de emergencia si u
diente definitivo de adelante se sale a causa de un fuerte golpe en la boca?
• $15-30 \min ()$
• 2 horas ()
• 24 horas()
• No considero importante el tiempo()
11. Si usted decide colocar en su sitio el diente caído a causa de un golpe en la boca, ¿Cóm
limpiaría el diente antes de colocarlo en su lugar?
• El diente debe limpiarse suavemente con solución fisiológica ()
• El diente debe limpiarse con papel sin tocar la raíz del diente ()
• El diente no debe limpiarse, porque ya no sirve ()
• Desconozco ()
12. Si usted decide NO poner en su sitio el diente caído, ¿Cómo transporta el diente hast
que el niño reciba atención odontológica de emergencia?
• En la mano ()
• En una bolsa con hielo ()
• En una gasa ()
En un frasco con líquido ()
• En un frasco sin líquido ()
• Desconozco ()
13. ¿En dónde llevaría usted los pedazos de diente roto hasta poder recibir atención d
emergencia?
• En papel higiénico o un pañuelo limpio ()

- En la mano ()
- En una bolsa ()
- En un frasco con líquido ()
- Desconozco ()
- 14. De los siguientes líquidos, cuál elegiría para transportar el diente definitivo delantero hasta recibir atención de emergencia?
 - Agua ()

•	Leche	a (١
•	LCCII	~ (

- Suero fisiológico ()
- Saliva ()
- Clara de Huevo ()
- No lo pondría en ningún líquido ()
- 15. A continuación le pedimos que imagine dos casos hipotéticos y responda una sola opción en cada ítem:

Caso 1

 Imagine que un niño de 9 años recibe un codazo en la boca durante un partido de fútbol, usted observa que está sangrando y le falta uno de los dientes delanteros, mira al suelo y el diente está en el piso:

¿Buscaría minuciosamente el diente y lo recogería? ITEM 1

DEFINITIVAM	ENTE PROBABL	EMENTE DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI(5)	SI (4	4) (3)	NO (2)	NO (1)
				` '

¿Colocaría el diente en un medio líquido? ITEM 2

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI(5)	SI (4)	(3)	NO (2)	NO (1)
, ,	, ,	, ,	, ,	` ,

¿Intentaría colocar el diente en su sitio? ITEM 3

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI (5)	SI (4)	(3)	NO (2)	NO (1)

¿Colocaría un pañuelo o una gasa para que el niño pare de sangrar? ITEM 4

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI (5)	SI (4)	(3)	NO (2)	NO (1)
, ,	, ,	, ,	, ,	` ,

Caso 2

 Imagine que una niña de 11 años le golpean en la cara, sus dientes delanteros se rompen, usted observa y efectivamente le falta un pedazo de su diente:
 ¿Buscaría minuciosamente el pedazo de diente? ITEM 1

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI(5)	SI (4)	(3)	NO (2)	NO (1)

¿Colocaría los pedazos de diente en un frasco con líquido? ITEM 2

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI (5)	SI (4)	(3)	NO (2)	NO (1)
, ,	, ,	, ,	, , ,	` ,

¿Informaría al profesional sobre los fragmentos del diente que ha recogido? ITEM 3

DEFINITIVA	AMENTE PROBA	BLEMENTE DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI (5	\mathbf{S}	I(4) (3)	NO (2)	NO (1)
,	,	, , ,	, ,	, ,

PROCESAMIENTO DE RESULTADOS

Una vez obtenidos los resultados se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS, utilizando la prueba de $\chi 2$, para tabular las preguntas que valoraron el nivel de conocimiento se utilizó el criterio de la respuesta correcta únicamente, estableciendo los siguientes intervalos:

- 0 a 2 respuestas correctas: Conocimiento Malo
- 3 a 6 respuestas correctas: Conocimiento Regular
- 7 a 9 respuestas correctas: Conocimiento Bueno

38

Para valorar la actitud se elaboró dos casos hipotéticos; el Caso 1 muestra 4 ítems, cada ítem

está valorado con 5 puntos dando un total de 20 puntos estableciendo los siguientes puntos de

corte:

20-15: actitud positiva

14-9: actitud indiferente

• 8-4: actitud negativa

Mientras que el Caso 2 consta de 3 ítems valorado cada uno en 5 puntos dando un total de 15

puntos estableciendo los siguientes puntos de corte:

15-12: actitud positiva

11-9: actitud indiferente

8-3: actitud negativa

6. RESULTADOS

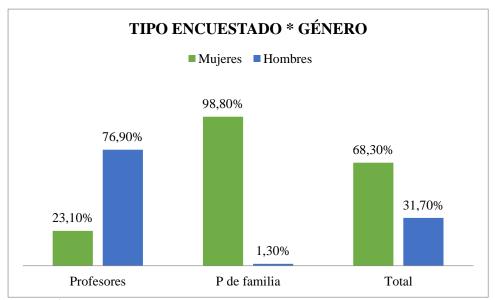
Tabla 1.

Distribución de los grupos según Género

TIPO DE ENCUESTADO]	Mujeres		Hombres	Total		
	f	%	f	%	f	%	
Profesores	25	23,10%	83	76,90%	108	100,00%	
P de familia	158	98,80%	2	1,30%	160	100,00%	
Total	183	68,30%	85	31,70%	268	100,00%	

Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Gráfico 1. Distribución de los grupos según Género



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos los Profesores que representan el 23,10% son de género femenino y el 76,90% son de género masculino y los Padres de familia que representan el 98,80% son de género femenino y el 1,30% son de género masculino obteniendo un total de 68,30% pertenecen al género femenino y el 31,70% son de género masculino.

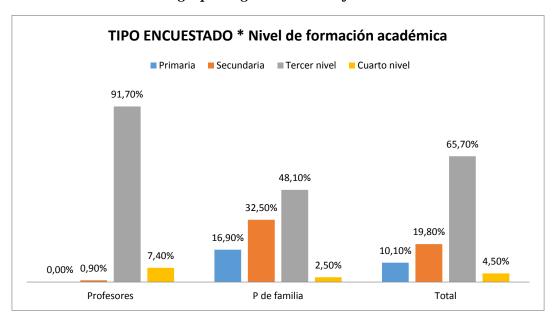
Entre los evaluados se observa que existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes por el género, los profesores tienen mayor porcentaje de género masculino y los padres de familia tienen un notable porcentaje de género femenino.

Tabla 2.

Distribución de los grupos según el Nivel de formación académica

	Nivel de formación académica									
TIPO	Pı	rimaria	Sec	Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel		arto nivel	Total			
ENCUESTADO	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Profesores	0	0,00%	1	0,90%	99	91,70%	8	7,40%	108	100,00%
P de familia	27	16,90%	52	32,50%	77	48,10%	4	2,50%	160	100,00%
Total	27	10,10%	53	19,80%	176	65,70%	12	4,50%	268	100,00%

Gráfico 2. Distribución de los grupos según el Nivel de formación académica



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, los Profesores, el 0,90% tienen formación Secundaria, el 91,70% tienen formación de tercer nivel y el 7,40% tienen formación académica de Cuarto nivel. En el grupo de los padres de familia el 16,9% tienen nivel de formación académica

Primaria, el 32,50% tienen formación académica Secundaria, el 48,10% tienen formación académica de Tercer nivel y el 2,50% tienen formación académica de Cuarto nivel.

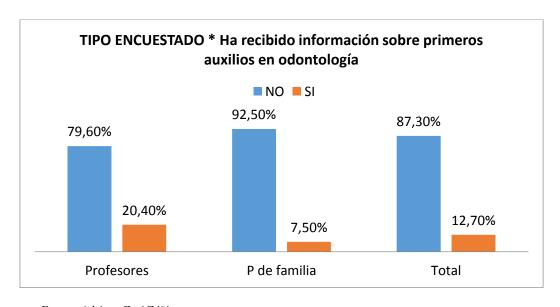
En un análisis global de los dos grupos participantes, el 10,10% tienen nivel de formación académica Primaria, el 19,80% tienen Secundaria, el 65,70% tienen Tercer nivel y el 4,50% tienen Cuarto nivel. Entre los evaluados se observa que existe diferencia significativa (Sig. asintótica (2 caras) = 0,000) entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con la formación académica, los profesores tienen mayor porcentaje en el tercer nivel y los Padres de familia tienen porcentajes representativos en primaria, secundaria y tercer nivel.

Tabla 3.

Ha recibido información sobre primeros auxilios en odontología

	Ha r	ecibido informac auxilios en o						
TIPO DE ENCUESTADO		NO		SI	To	Total		
	f	%	f	%	f	%		
Profesores	86	79,60%	22	20,40%	108	100,00%		
P de familia	148	92,50%	12	7,50%	160	100,00%		
Total	234	87,30%	34	12,70%	268	100,00%		

Gráfico 3. Distribución de los grupos según información sobre primeros auxilios



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, los Profesores, el 79,60% indican que no han recibido información sobre primeros auxilios y el 20,40% indican que si han recibido dicha información. En el grupo de Padres de familia el 92,50% indican que no han recibido información y el 7,50% indican que Si han recibido.

Un análisis global de los dos grupos participantes, refleja en total que el 87,30% indican no haber recibido información de primeros auxilios en odontología y el 12,70% indican que Si han recibido dicha información. Entre los grupos evaluados se observa que existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con haber o no recibido información sobre primeros auxilios, en este caso los profesores tienen un mayor porcentaje indicando que si han recibido dicha información.

Tabla 4.

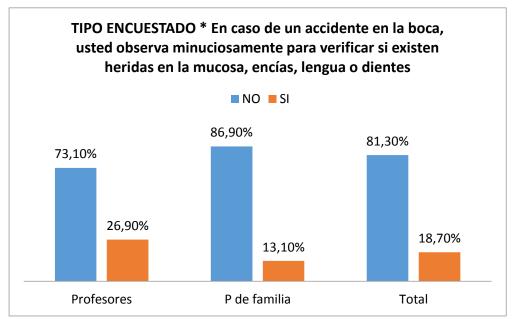
En caso de un accidente en la boca, usted observa minuciosamente para verificar si existen heridas en la mucosa, encías, lengua o dientes

TIPO DE ENCUESTADO	N	0	S	SI	Total		
	f	%	f	%	f	%	
Profesores	79	73,10%	29	26,90%	108	100,00%	
P de familia	139	86,90%	21	13,10%	160	100,00%	
Total	218	81,30%	50	18,70%	268	100,00%	

Fuente: Adriana Zari Zúñiga

Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Gráfico 4. En caso de un accidente en la boca, usted observa minuciosamente para verificar si existen heridas en la mucosa, encías, lengua o dientes



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 73,10% de profesores indican que no observan para verificar si existe lesiones y el 26,90% indican que Si observan, mientras que los Padres de

familia, el 86,90% indican que no observan y el 13,10% indican que Si lo hacen. En total el 81,30% indican que no observan y el 18,70% indican que Si observan.

El análisis global entre los evaluados se observa que existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con observar o no para verificar la presencia de heridas, en este caso los profesores tienen un mayor porcentaje indicando que si realizan la observación.

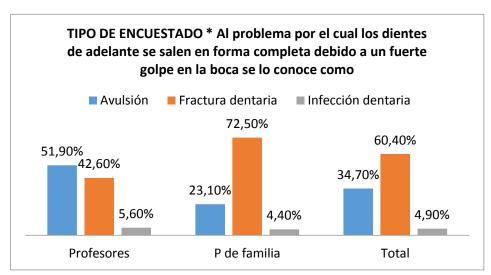
Tabla 5.

Al problema por el cual los dientes de adelante se salen en forma completa debido a un fuerte golpe en la boca se conoce como

Al problema por el cual los dientes de adelante se salen en forma completa debido a un fuerte golpe en la boca se lo	
conoce como	

TIPO DE ENCUESTADO	Avi	ulsión	Fract	ura dentaria		nfección lentaria	Total		
ENCUESTADO	f %		f	%		%	f	%	
Profesores	56	51,90%	46	42,60%	6	5,60%	108	100,00%	
P de familia	37	23,10%	116	72,50%	7	4,40%	160	100,00%	
Total	93	34,70%	162	60,40%	13	4,90%	268	100,00%	

Gráfico 5. Al problema por el cual los dientes de adelante se salen en forma completa debido a un fuerte golpe en la boca se conoce como



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, los Profesores, el 51,90% indican que es Avulsión, el 42,60% indican que es Fractura dentaria y el 5,60% indican Infección dentaria, mientras que

los Padres de familia, el 23,10% indican que es Avulsión, el 72,50% indican que es Fractura dentaria y el 4,40% indican Infección dentaria.

En el análisis total, el 34,70% indican que es Avulsión, el 60,40% indican que es Fractura dentaria y el 4,90% indican Infección dentaria. Entre los evaluados se observa que existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con el conocimiento sobre como se denomina al efecto de que los dientes de adelante se salen en forma completa debido a un fuerte golpe en la boca, en este caso los profesores tienen un mayor porcentaje de aciertos (Avulsión) que los padres de familia que en su mayoría indican que es una fractura dentaria. El nivel de conocimiento en esta pregunta fue regular para los profesores y malo para los padres de familia.

Tabla 6.

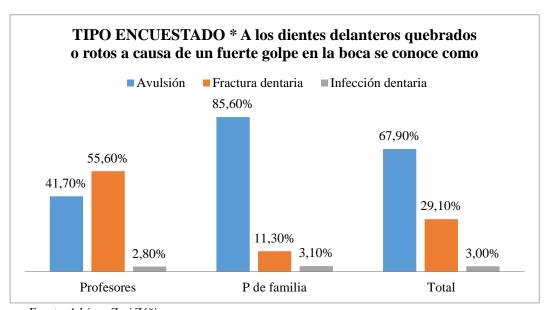
A los dientes delanteros quebrados o rotos a causa de un fuerte golpe en la boca se conoce como

A los dientes delanteros quebrados o rotos a causa de un

		fuerte gol							
TIPO DE ENCUESTADO	A	vulsión	Frac	etura dentaria		nfección entaria	Total		
ENCUESTADO	f %		f	%	f	%	f	%	
Profesores	45 41,70%		60	55,60%	3	2,80%	108	100,00%	
P de familia	137	85,60%	18	11,30%	5	3,10%	160	100,00%	
Total	182 67,90%		78 29,10%		8	3,00%	268	100,00%	

Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Gráfico 6. A los dientes delanteros quebrados o rotos a causa de un fuerte golpe en la boca se conoce como



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, los profesores, el 41,70% indican que es Avulsión, el 55,60% indican que es Fractura dentaria y el 2,80% indican Infección dentaria, mientras que

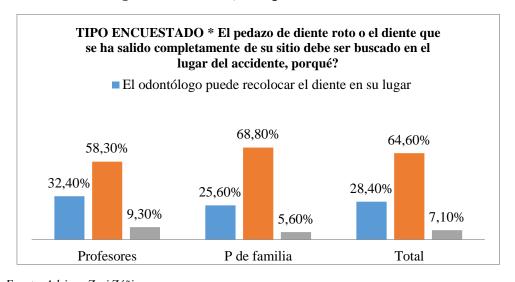
los padres de familia, el 85,60% indican que es Avulsión, el 11,30% indican que es Fractura dentaria y el 3,10% indican Infección dentaria.

En el análisis total de los grupos evaluados el 67,90% indican que es Avulsión, el 29,10% indican que es Fractura dentaria y el 3,00% indican Infección dentaria. Entre los evaluados se observa que existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con el conocimiento sobre como se denomina al efecto de los dientes delanteros quebrados o rotos por causa de un golpe en la boca, en este caso los profesores tienen un mayor porcentaje de aciertos con la fractura dentaria mientras que los padres de familia indican que es una Avulsión. El nivel de conocimiento en ésta pregunta fue regular para los profesores y malo para los padres de familia.

Tabla 7. El pedazo de diente roto o el diente que se ha salido completamente de su sitio debe ser buscado en el lugar del accidente, Por qué?

	El comp								
TIPO DE ENCUESTADO	puede el diei	ontólogo recolocar ite en su igar	momei podrá	rde en ese nto no se salvar el ente		debe buscar e ya no sirve	Total		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Profesores	35	32,40%	63	58,30%	10	9,30%	108	100,00%	
P de familia	41	25,60%	110	68,80%	9	5,60%	160	100,00%	
Total	76	28,40%	173	64,60%	19	7,10%	268	100,00%	

Gráfico 7. El pedazo de diente roto o el diente que se ha salido completamente de su sitio debe ser buscado en el lugar del accidente, Por qué?



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los datos obtenidos, los profesores, el 32,40% indican que el odontólogo puede recolocar el diente en su lugar, el 58,3% dicen que si se pierde en ese momento no se podrá salvar el diente y el 9,30% indican que no se debe buscar porque ya no sirve, mientras que los

padres de familia, el 25,60% indican que el odontólogo puede recolocar el diente en su lugar, el 68,8% dicen que si se pierde en ese momento no se podrá salvar el diente y el 5,60% indican que no se debe buscar porque ya no sirve.

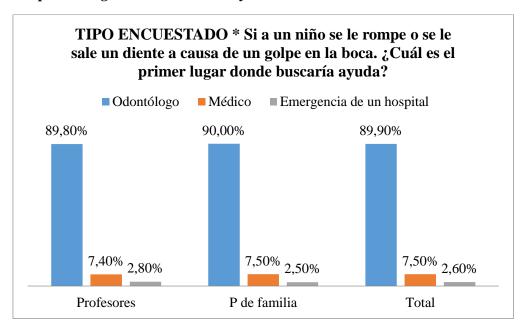
En el análisis total de los grupos encuestados, el 28,40% indican que el odontólogo puede recolocar el diente en su lugar, el 64,6% dicen que si se pierde en ese momento no se podrá salvar el diente y el 7,10% indican que no se debe buscar porque ya no sirve, se observa que no existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con el conocimiento sobre las acciones que se debe realizar cuando se desprende el diente. El nivel de conocimiento en ésta pregunta fue regular para los profesores y malo para los padres de familia.

Tabla 8.

Si a un niño se le rompe o se le sale un diente a causa de un golpe en la boca. ¿Cuál es el primer lugar donde buscaría ayuda?

TIPO ENCUESTADO	O	dontólogo		Médico	En	nergencia de un hospital	Total		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Profesores	97	89,80%	8	7,40%	3	2,80%	108	100,00%	
P de familia	144	90,00%	12	7,50%	4	2,50%	160	100,00%	
Total	241	89,90%	20	7,50%	7	2,60%	268	100,00%	

Gráfico 8. Si a un niño se le rompe o se le sale un diente a causa de un golpe en la boca. ¿Cuál es el primer lugar donde buscaría ayuda?



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los datos obtenidos, los profesores, el 89,80% indican que acudirían al Odontólogo, el 7,40% acudirían al Médico y el 2,8% indican que a emergencia de un hospital, mientras que los Padres de familia, el 90,00% indican que acudirían al Odontólogo, el 7,50% acudirían al médico y el 2,5% indican que a emergencia de un hospital.

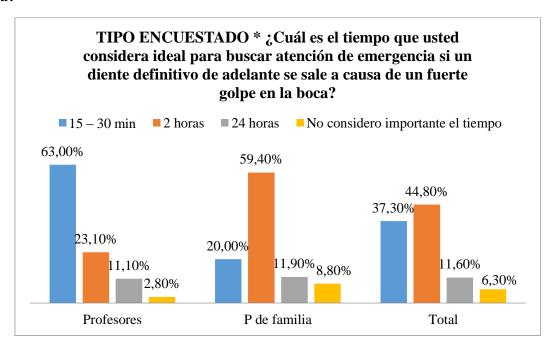
En el análisis total, el 89,80% indican que acudirían al Odontólogo, el 7,50% donde el Médico y el 2,6% indican que a emergencia de un hospital. Entre los evaluados se observa que no existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con el conocimiento sobre cuál es el primer lugar donde buscaría ayuda en caso de un traumatismo dental. El nivel de conocimiento fue bueno para ambos grupos.

Tabla 9.
¿Cuál es el tiempo que usted considera ideal para buscar atención de emergencia si un diente definitivo de adelante se sale a causa de un fuerte golpe en la boca?

¿Cuál es el tiempo que usted considera ideal para buscar
atención de emergencia si un diente definitivo de adelante se
sale a causa de un fuerte golpe en la boca?

TIPO DE ENCUESTADO	15 –	30 min	2	horas	2	4 horas	impor	nsidero tante el mpo	Total		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Profesores	68	63,00%	25	23,10%	12	11,10%	3	2,80%	108	100,00%	
P de familia	32	20,00%	95	59,40%	19	11,90%	14	8,80%	160	100,00%	
Total	100 37,30%		120 44,80%		31	11,60%	17	6,30%	268	100,00%	

Gráfico 9. ¿Cuál es el tiempo que usted considera ideal para buscar atención de emergencia si un diente definitivo de adelante se sale a causa de un fuerte golpe en la boca?



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, los profesores, el 63,00% indican que el tiempo ideal para buscar ayuda se encuentra entre los 15 – 30 min, el 23,10% indican que a las 2 horas, el 11,10% indican que a las 24 horas y el 2,80% indican que no consideran importante el tiempo. Los padres de familia, el 20,00% indican que el tiempo ideal para buscar ayuda es entre los 15 – 30 min, el 59,40% indican que a las 2 horas, el 11,90% indican que el tiempo ideal para buscar ayuda es a las 24 horas y el 8,80% indican que no consideran importante el tiempo.

En el análisis total de los grupos evaluados, el 37,30% indican que es ideal entre los 15 – 30 min, el 44,80% dicen que 2 horas, el 11,60% dicen 24 horas y el 6,30% indican que no consideran importante el tiempo, se observa que existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con el conocimiento sobre el tiempo ideal para buscar atención de emergencia, en este caso los profesores tienen un mayor porcentaje de aciertos indicando entre 15 a 30 minutos, en cambio los padres de familia indican en su mayoría que buscarían ayuda hasta unas dos horas después de ocurrido el trauma.

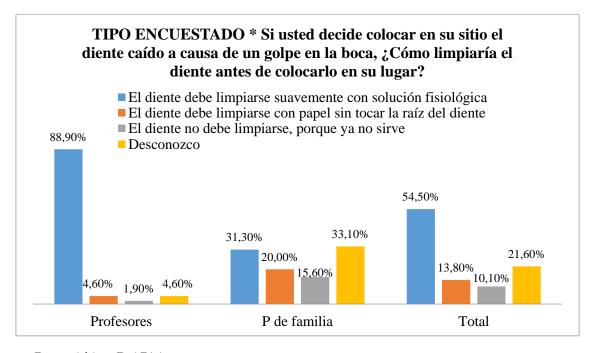
El nivel de conocimiento fue regular para los profesores y malo para los padres de familia.

Tabla 10.

Si usted decide colocar en su sitio el diente caído a causa de un golpe en la boca, ¿Cómo limpiaría el diente antes de colocarlo en su lugar

	Si usted decide colocar en su sitio el diente caído a causa de un golpe en la boca, ¿Cómo limpiaría el diente antes de colocarlo en su lugar?											
TIPO ENCUESTADO	limp suave con s	nte debe piarse emente olución lógica	limp pa toca	El diente debe limpiarse con papel sin tocar la raíz del diente		El diente no debe limpiarse, porque ya no sirve		sconozco	Total			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Profesores	96	88,90%	5	4,60%	2	1,90%	5	4,60%	108	100,00%		
P de familia	50	31,30%	32	20,00%	25	25 15,60%		33,10%	160	100,00%		
Total	146	54,50%	37	13,80%	27	10,10%	58	21,60%	268	100,00%		

Gráfico 10. Si usted decide colocar en su sitio el diente caído a causa de un golpe en la boca, ¿Cómo limpiaría el diente antes de colocarlo en su lugar?



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, los profesores, el 88,90% indican que el diente debe limpiarse suavemente con solución fisiológica, el 4,6% dicen que el diente debe limpiarse con papel sin tocar la raíz del diente, el 1,90% indican que el diente no debe limpiarse, porque ya no sirve y el 4,6% dicen que desconocen que hacer. Mientras que los Padres de familia, el 31,30% indican que el diente debe limpiarse suavemente con solución fisiológica, el 20,0% dicen que el diente debe limpiarse con papel sin tocar la raíz del diente, el 15,60% indican que el diente no debe limpiarse, porque ya no sirve y el 33,1% dicen que desconocen que hacer.

En el análisis total de ambos grupos, el 54,50% indican que el diente debe limpiarse suavemente con solución fisiológica, el 13,8% dicen que el diente debe limpiarse con papel sin tocar la raíz del diente, el 10,10% indican que el diente no debe limpiarse, porque ya no sirve y el 21,6% dicen que desconocen que hacer.

Se observa que existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con el conocimiento sobre cómo se debería limpiar el diente antes de colocarlo en su lugar, en este caso los profesores tienen un mayor porcentaje de aciertos indicando que se debe limpiar el diente suavemente con solución fisiológica, en cambio los padres de familia indican también sobre la solución fisiológica y que no conocen sobre el tema.

El nivel de conocimiento fue bueno para los profesores y regular para los padres de familia.

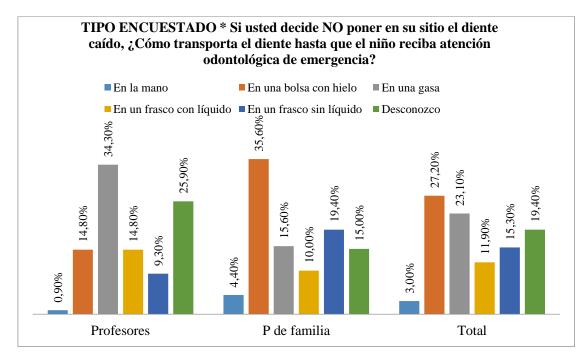
Tabla 11.
Si usted decide NO poner en su sitio el diente caído, ¿Cómo transporta el diente hasta que el niño reciba atención odontológica de emergencia?

Si usted decide NO poner en su sitio el diente caído, ¿Cómo transporta el diente hasta que el niño reciba atención odontológica de emergencia?

TIPO ENCUESTADO	En la En una bo mano con hiele			En una gasa		En un frasco con líquido		En un frasco sin líquido		Desconozco		Total		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Profesores	1	0,90%	16	14,80%	37	34,30%	16	14,80%	10	9,30%	28	25,90%	108	100,00%
P de familia	7	4,40%	57	35,60%	25	15,60%	16	10,00%	31	19,40%	24	15,00%	160	100,00%
Total	8	3,00%	73	27,20%	62	23,10%	32	11,90%	41	15,30%	52	19,40%	268	100,00%

Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Gráfico 11. Si usted decide NO poner en su sitio el diente caído, ¿Cómo transporta el diente hasta que el niño reciba atención odontológica de emergencia?



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los datos obtenidos, los Profesores, el 0,90% indican que transportarían el diente en la mano, el 14,8% en una bolsa con hielo, el 34,30% en una gasa, el 14,8% en un frasco con líquido, el 9,30% en un frasco sin líquido y el 25,90% desconocen. Mientras que los Padres de familia: el 4,40% indican que transportarían en la mano, el 35,6% en una bolsa con hielo, el 15,60% en una gasa, el 10,0% en un frasco con líquido, el 19,40% en un frasco sin líquido y el 15,00% desconocen.

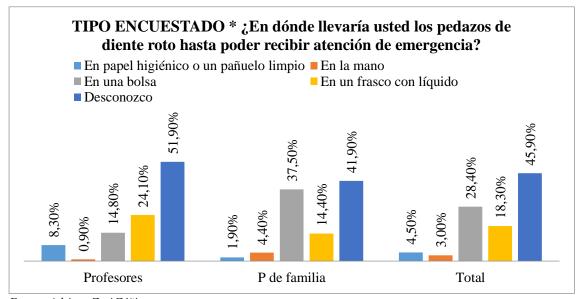
En el análisis total de los grupos evaluados, el 3,00% indican que en la mano, el 27,2% que en una bolsa con hielo, el 23,10% que en una gasa, el 11,9% en un frasco con líquido, el 15,30% en un frasco sin líquido y el 19,40% dicen que Desconocen. Se observa que existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con el conocimiento sobre cómo se debería transportar el diente hasta que el niño reciba atención odontológica de emergencia, en este caso ni los profesores ni los padres de familia aciertan en su mayoría la respuesta correcta, que se debe transportar en un frasco con líquido.

El nivel de conocimiento fue malo en ambos grupos.

Tabla 12. ¿En dónde llevaría usted los pedazos de diente roto hasta poder recibir atención de emergencia?

	¿En dónde llevaría usted los pedazos de diente roto hasta poder recibir atención de emergencia?											
TIPO ENCUESTADO	En papel higiénico o un pañuelo limpio		En la mano		En una bolsa		En un frasco con líquido		Desconozco		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
Profesores	9	8,30%	1	0,90%	16	14,80%	26	24,10%	56	51,90%	108	100,00%
P de familia	3	1,90%	7	4,40%	60	37,50%	23	14,40%	67	41,90%	160	100,00%
Total	12	4,50%	8	3,00%	76	28,40%	49	18,30%	123	45,90%	268	100,00%

Gráfico 12. ¿En dónde llevaría usted los pedazos de diente roto hasta poder recibir atención de emergencia?



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los datos obtenidos, los Profesores, el 8,30% indican que transportarían el diente en papel higiénico o un pañuelo limpio, el 0,90% en la mano, el 14,8% en una bolsa, el

24,1% en un frasco con líquido y el 51,9% lo desconocen. Los padres de familia, el 1,90% indican que en papel higiénico o un pañuelo limpio, el 4,40% en la mano, el 37,5% en una bolsa, el 14,4% en un frasco con líquido y el 41,9% dicen que desconocen.

En el análisis total de los grupos evaluados, el 4,50% indican que en papel higiénico o un pañuelo limpio, el 3,00% en la mano, el 28,4% en una bolsa, el 18,3% en un frasco con líquido y el 45,9% dicen que desconocen. Entre los evaluados se observa que existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con el conocimiento sobre donde se debería transportar el diente hasta que el niño reciba atención odontológica de emergencia, en este caso ni los profesores ni los padres de familia aciertan en su mayoría con que se debe transportar en un frasco con líquido.

El nivel de conocimiento fue malo en ambos grupos.

100,00%

268

Tabla 13. De los siguientes líquidos, cuál elegiría para transportar el diente definitivo delantero hasta recibir atención de emergencia?

TIPO ENCUESTADO	Agua			Leche		Suero fisiológico		Saliva	Total	
LiveeLSTille	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Profesores	31	28,70%	27	25,00%	40	37,00%	10	9,30%	108	100,00%
P de familia	46	28,70%	26	16,30%	74	46,30%	14	8,80%	160	100,00%

114

42,50%

24

9,00%

De los siguientes líquidos, cuál elegiría para transportar el diente definitivo delantero hasta recibir atención de

Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

77

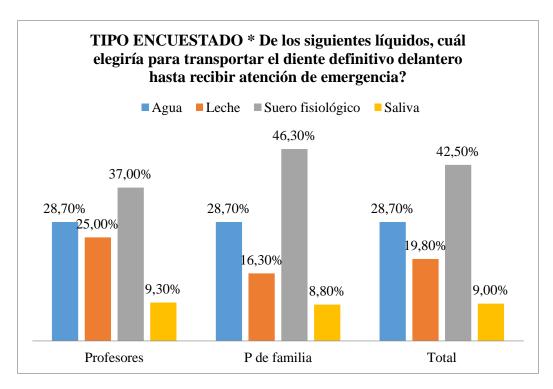
Total

28,70%

Gráfico 13. De los siguientes líquidos, cuál elegiría para transportar el diente definitivo delantero hasta recibir atención de emergencia?

53

19,80%



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los datos obtenidos, los Profesores, el 28,70% indican transportarían el diente en agua, el 25,0% en leche, el 37,0% que en Suero fisiológico y el 9,30% que en Saliva. Mientras que los padres de familia, el 28,70% indican que en agua, el 16,3% en leche, el 46,3% que en Suero fisiológico y el 8,80% que en Saliva

En el análisis total de los grupos evaluados, el 28,70% indican que en agua, el 19,8% en leche, el 42,5% que en Suero fisiológico y el 9,00% que en Saliva. Se observa que no existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con el conocimiento sobre cuál liquido elegiría para transportar el diente definitivo delantero hasta recibir atención de emergencia, en este caso ni los profesores ni los padres de familia aciertan en su mayoría con que se debería transportar en leche.

El nivel de conocimiento fue malo para ambos grupos.

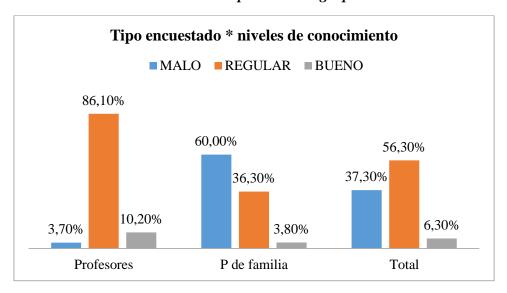
Tabla 14.

Tabla Cruzada Sobre Niveles de Conocimiento

		NIVELI						
TIPO ENCUESTADO	I	MALO	RF	EGULAR		BUENO	Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Profesores	4	3,70%	93	86,10%	11	10,20%	108	100,00%
P de familia	96	60,00%	58	36,30%	6	3,80%	160	100,00%
Total	100	37,30%	151	56,30%	17	6,30%	268	100,00%

Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Gráfico 14. Niveles de Conocimiento: Comparación de grupos evaluados



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

En la gráfica se observa que los Profesores, el 3,70% tienen un conocimiento Malo, el 86,10% tienen un conocimiento Regular y el 10,20% tienen un conocimiento Bueno y los

Padres de familia, el 60,00% tienen un conocimiento Malo, el 36,30% tienen un conocimiento Regular y el 3,80% tienen un conocimiento Bueno

El análisis total de los grupos evaluados, el 37,30% tienen un conocimiento **Malo**, el 56,30% tienen un conocimiento **Regular** y el 6,30% tienen un conocimiento **Bueno**.

Entre los evaluados se observa que existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con el nivel de conocimiento sobre traumatismos dentales. El personal docente en su mayoría tiene conocimiento regular y los padres de familia en su mayoría tienen conocimiento malo.

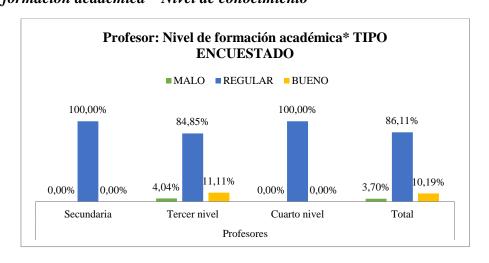
Tabla cruzada

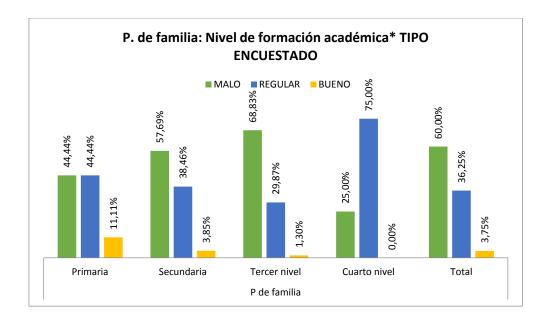
Nivel de formación académica – Nivel de conocimiento

	Niv	el de for	mación acad	lémica –	Nivel de conc	ocimien	to			
TIPO	Nivel de			Total						
TIPO ENCUESTADO	formación académica	MALO		REGULAR		BUENO		Total		
	acauemica	f	%	f	%	f	%	f	%	
	Secundaria	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%	1	100,00%	
Profesores	Tercer nivel	4	4,04%	84	84,85%	11	11,11%	99	100,00%	
Trotesores	Cuarto nivel	0	0,00%	8	100,00%	0	0,00%	8	100,00%	
	Total	4	3,70%	93	86,11%	11	10,19%	108	100,00%	
	Primaria	12	44,44%	12	44,44%	3	11,11%	27	100,00%	
	Secundaria	30	57,69%	20	38,46%	2	3,85%	52	100,00%	
P de familia	Tercer nivel	53	68,83%	23	29,87%	1	1,30%	77	100,00%	
	Cuarto nivel	1	25,00%	3	75,00%	0	0,00%	4	100,00%	
	Total	96	60,00%	58	36,25%	6	3,75%	160	100,00%	
	Primaria	12	44,44%	12	44,44%	3	11,11%	27	100,00%	
	Secundaria	30	56,60%	21	39,62%	2	3,77%	53	100,00%	
Total	Tercer nivel	57	32,39%	107	60,80%	12	6,82%	176	100,00%	
	Cuarto nivel	1	8,33%	11	91,67%	0	0,00%	12	100,00%	
	Total	100	37,31%	151	56,34%	17	6,34%	268	100,00%	

Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Gráfico Nivel de formación académica – Nivel de conocimiento





Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis

En la gráfica se observa que los Profesores que tuvieron nivel de formación académica de Tercer nivel: el 4,04% tuvieron nivel de conocimiento malo, el 84,85% tuvieron nivel de conocimiento regular y el 11,11% tuvieron un nivel de conocimiento bueno; mientras que los profesores con formación académica de cuarto nivel: el 100% tuvieron nivel de conocimiento regular, hubo ausencia de conocimiento bueno y malo.

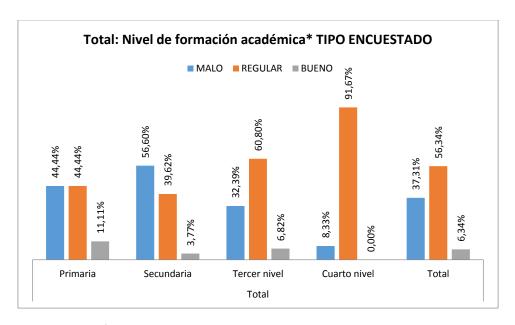
En el análisis total: el 3,7% tuvieron conocimiento malo, el 86,11% conocimiento regular y el 10,19% conocimiento bueno. De la prueba Chi cuadrado se observa que no existe diferencia significativa (Sig. asintótica (2 caras) = 0,812) entre en los porcentajes de los diversos niveles educativos con relación al conocimiento.

Así mismo, en la segunda gráfica se observa que los padres de familia que tuvieron nivel de formación académica primaria, el 44.44% tuvieron nivel de conocimiento malo, el 44.44% tuvieron nivel de conocimiento regular y solo el 11.11% tuvieron nivel de conocimiento bueno. Los padres de familia que tuvieron nivel de formación académica secundaria, el

57.69% tuvieron nivel de conocimiento malo, el 38.46% tuvieron conocimiento regular y el 3.85% tuvieron conocimiento bueno. Los padres de familia con formación académica de tercer nivel, el 68.83% tuvieron conocimiento malo, el 29.87% conocimiento regular y el 1.30% conocimiento bueno. Finalmente, los padres de familia con formación académica de cuarto nivel, el 25.0% tuvieron conocimiento malo, el 75.0% tuvieron conocimiento regular.

En el análisis total: el 60,0% de los padres de familia tuvieron conocimiento malo, el 36,25% tuvieron conocimiento regular y el 3,75% tuvieron conocimiento bueno.

La prueba Chi cuadrado se observa que no existe diferencia significativa (Sig. asintótica (2 caras) = 0,079) entre en los porcentajes de los diversos niveles educativos con relación al conocimiento. Los niveles de Primaria, secundaria y tercer nivel tienen mayores porcentajes de conocimiento Malo, el cuarto nivel tienen el mayor porcentaje de conocimiento en regular.



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis Total entre Profesores y Padres de familia

En la gráfica anterior se observa que el nivel académico primario: el 44,44% tienen conocimiento malo, el 44,44% tienen conocimiento regular y el 11,11% tienen conocimiento bueno.

El nivel académico secundario: el 56,60% tienen conocimiento malo, el 39,60% tienen conocimiento regular y el 3,77% tienen conocimiento bueno.

El nivel académico de tercer nivel: el 32,39% tienen conocimiento malo, el 60,80% tienen conocimiento regular y el 6,82% tienen conocimiento bueno.

El nivel académico de Cuarto nivel: el 8,33% tienen conocimiento malo, el 91,67% tienen conocimiento regular.

En el análisis total: el 37,31% tienen conocimiento malo, el 56,34% tienen conocimiento regular y el 6,34% tienen conocimiento bueno.

De la prueba Chi cuadrado se observa que Si existe diferencia significativa (Sig. asintótica (2 caras) = 0,005) entre en los porcentajes de los diversos niveles educativos con relación al conocimiento. Los niveles de Primaria, secundaria tienen mayores porcentajes de conocimiento Malo, el tercer y cuarto nivel tienen el mayor porcentaje de conocimiento en regular.

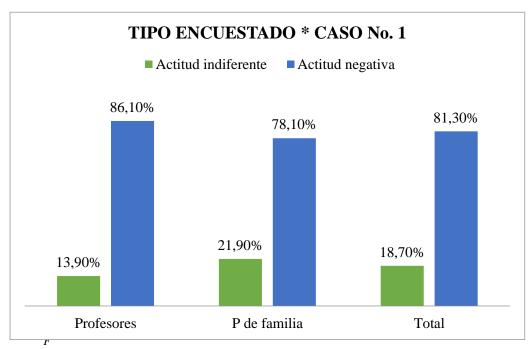
Tabla 15.

Caso Hipotético No. 1

		CAS				
TIPO DE ENCUESTADO	Acti	tud indiferente	Acti	tud negativa	Total	
	F	%	f	%	f	%
Profesores	15	13,90%	93	86,10%	108	100,00%
P de familia	35	21,90%	125	78,10%	160	100,00%
Total	50	18,70%	218	81,30%	268	100,00%

Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Gráfico 15. Caso Hipotético No. 1



uente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, los profesores, el 13,90% tienen una Actitud indiferente y el 86,10% tienen una Actitud negativa, hubo ausencia de actitud positiva en los profesores, mientras que en los Padres de familia, el 21,90% tuvieron una Actitud indiferente

En el análisis total de los grupos evaluados, el 18,70% tuvieron una Actitud indiferente y el 81,30% tuvieron una Actitud negativa. Entre los evaluados se observa que NO existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con la actitud frente al caso No. 1. Tanto profesores como padres de familia en su mayoría tuvieron una actitud negativa.

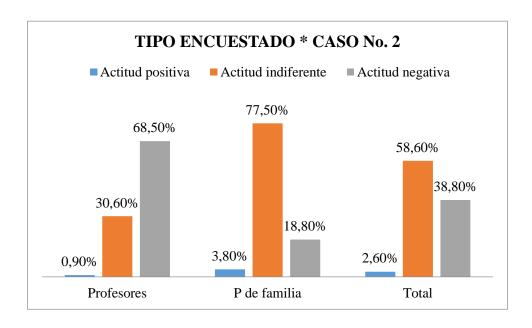
Tabla 16.

Caso Hipotético No. 2

CASO No. 2								
TIPO ENCUESTADO	Acti	tud positiva	Actitue	d indiferente	Actitu	ud negativa	Total	
	f	%	F	%	f	%	f	%
Profesores	1	0,90%	33	30,60%	74	68,50%	108	100,00%
P de familia	6	3,80%	124	77,50%	30	18,80%	160	100,00%
Total	7	2,60%	157	58,60%	104	38,80%	268	100,00%

Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Gráfico 16. Caso Hipotético No. 2



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis de resultados

De acuerdo a los datos obtenidos, los Profesores, el 0,90% tuvieron Actitud positiva, el 30,60% tuvieron una Actitud indiferente y el 68,50% tuvieron una Actitud negativa, mientras

que en el grupo de los Padres de familia, el 3,80% tuvieron Actitud positiva, el 77,50% tuvieron Actitud indiferente y el 18,80% tuvieron Actitud negativa.

En el análisis total de los grupos evaluados, el 2,60% tuvieron Actitud positiva, el 58,60% tuvieron una Actitud indiferente y el 38,80% tuvieron una Actitud negativa.

Entre los evaluados se observa que existe diferencia significativa entre profesores y padres de familia en los porcentajes relacionados con la actitud que tienen con relación al caso No. 2. Los profesores presentan en su mayoría una actitud negativa y los padres de familia en su mayoría tienen una actitud indiferente.

Tabla 17.

Prueba T: Comparación por tipo de evaluado el nivel de conocimiento

	Descriptivos								
TOTAL									
						ntervalo de para la media			
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo	
Profesores	108	49,5%	14,9%	1,4%	46,6%	52,3%	22,2%	88,9%	
P de familia	160	26,9%	16,6%	1,3%	24,3%	29,5%	0,0%	88,9%	
Total	268	36,0%	19,4%	1,2%	33,7%	38,3%	0,0%	88,9%	

Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Gráfico 17. Prueba T: Comparación por tipo de evaluado el nivel de conocimiento



Fuente: Adriana Zari Zúñiga Elaborada por: Dr. Iván Orellana

Análisis

El porcentaje de acierto promedio de los docentes es del 49,49%, que equivale a nivel Regular, con una variación de $\pm 14,9\%$, con un intervalo de confianza de la media entre 46,6% y 52,3% y con un acierto mínimo de 22,2% y un máximo de 88,9%.

El porcentaje de acierto promedio de los padres de familia es del 26,87%, que equivale a nivel Malo, con una variación de $\pm 16,6\%$, con un intervalo de confianza de la media entre 24,3% y 29,5% y con un acierto mínimo de 0,0% y un máximo de 88,9%.

	Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene de calidad de varianzas			prueba t para la igualdad de medias				
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)			
TOTAL	No se asumen varianzas iguales No se asumen varianzas iguales		0,776	11,408	266	0,000			
			0,770	11,641	244,942	0,000			

Entre los evaluados se observa que SI existe diferencia significativa (Sig. (bilateral)) = 0,000) entre profesores y padres de familia con relación al nivel total de conocimiento, mayores conocimiento tienen los profesores. En forma global el grupo tiene un conocimiento del 36,0% que equivale a Regular.

Análisis global

Considerando los resultados de las tablas anteriores, enfatizados en los gráficos respectivos, podemos asumir que el nivel de formación académica de profesores y padres de familia parece tener influencia únicamente sobre ciertos conocimientos.

En otros ítems, como la forma de transportar un diente traumatizado y el líquido adecuado para hacerlo, los conocimientos fueron similares entre profesores y padres de familia, en la actitud frente a hipotéticos casos de traumatismo dentoalveolar se encontró una notable ausencia de actitud positiva tanto en profesores como en padres de familia y una llamativa actitud negativa de los profesores. Consecuentemente, la actitud indiferente fue significativamente mayor en los padres de familia.

7. DISCUSIÓN

El trauma dentoalveolar, ha sido considerado un problema de salud pública por su presentación cada vez más frecuente, ya que después de la caries dental es la urgencia que se atiende con más frecuencia. El trauma dentoalveolar es uno de los traumatismos que ocasiona más daño sobre el diente, el tejido periodontal e incluso la estética del paciente.

Un estudio de Gómez et al. (2011), evaluó el conocimiento, actitud y prácticas sobre trauma dentoalveolar en docentes de instituciones educativas de Cartagena, en el cual los resultados obtenidos arrojaron que los docentes tuvieron conocimientos aceptables sobre aspectos generales del trauma dentoalveolar; ésta información es similar a la obtenida en el presente estudio, en donde el nivel de conocimiento sobre términos básicos como fractura dentaria y avulsión fue mayormente aceptable en los profesores que en los padres de familia.

Legañoa et al., (2009) señala que a pesar de que los encuestados tuvieron un nivel de escolaridad alto, no necesariamente implica un nivel de conocimiento bueno, y es que en la mayoría de las enseñanzas, a pesar de no ser las médicas, no se profundiza en estos temas con respecto a los cuidados de la salud en general y no se le concede la importancia a la salud bucal del individuo. Al comparar con nuestro estudio, el nivel de escolaridad fue alto en profesores lo que no significó un nivel de conocimiento bueno sobre trauma dentoalveolar, obteniendo un nivel de conocimiento regular.

Respecto a la pregunta que se realizó sobre si habían recibido información sobre primeros auxilios, los resultados obtenidos fueron que solamente el 20,4%, es decir 22 profesores de un total de 168 señalaron haber recibido dicha información resultados que difieren con los obtenidos por Blankytny et al., (2001).en un estudio realizado en la Ciudad de Cardiff, Reino Unido, señala que del total de 388 profesores encuestados para medir Conocimientos y Actitudes en maestros de primaria respecto al manejo de la emergencia en 31 Escuelas,

solamente 133 encuestados poseían certificado de primeros auxilios equivalente a 48,5% de su muestra mientras que 132 participantes (48.2%) no poseían el certificado, y de los maestros que tenían el certificado de primeros auxilios el 40,6% declararon haber recibido consejos para manejar un traumatismo dental específicamente de avulsión dental

En cuanto al primer lugar donde buscarían ayuda en caso de un traumatismo dentoalveolar el porcentaje de profesores que señaló que buscaría ayuda donde un odontólogo fue similar al porcentaje de padres de familia, no hubo diferencia estadísticamente significativa. Estos resultados son similares a los obtenidos por McIntyre, Lee, & Trope, (2008) que determinó que el 87% de sus encuestados buscaría ayuda con el dentista y solo un 2.7% buscaría ayuda en un médico.

De la misma manera, Mc Intyre et., al. en el mismo estudio determinó que del total de los encuestados el 34% señaló a la leche como el medio más adecuado para transportar el diente avulsionado; resultados similares a los obtenidos en nuestro estudio en el que el 25% de profesores señalaron a la leche como medio de transporte.

Haciendo referencia al tiempo ideal para buscar atención de emergencia, el 63% de profesores buscaría ayuda dentro de los primeros 15 -30 minutos posterior al accidente, y únicamente el 20% de padres de familia lo haría dentro de este rango de tiempo. La diferencia fue altamente significativa (P < 0.001) Un estudio de Mariño, Sossa, & Estrada, (2011) manifiesta que lo ideal es reimplantar el diente en los primeros 15-20 minutos, por esta razón los padres, profesores y público en general deben saber de qué manera proceder en casos de lesiones traumáticas como éstas.

En cuanto a la actitud frente a dos casos hipotéticos de trauma dentoalveolar: hubo una notable actitud negativa tanto en profesores (86%) y padres de familia (78%), así mismo, la actitud indiferente fue mayor en los padres de familia (21%) y en los profesores (13%), hubo

ausencia de actitud positiva. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Rivera (2011) que determinó que del total de su muestra el 17.1% tuvo una actitud negativa ante un traumatismo dental, el 63.9% tuvo una actitud indiferente y solamente el 18.9% tuvo actitud positiva

Así mismo, Quintana (2007) determinó que la actitud de los profesores ante la fractura dental en niños es indecisa con el 44,1% de los encuestados y es adecuada en un 46,1% de los profesores, éstos resultados son diferentes a los obtenidos en nuestro estudio donde predominó la actitud indiferente tanto en profesores como en padres de familia.

8. CONCLUSIONES

- El nivel de formación académica de profesores y padres de familia parece tener influencia únicamente sobre ciertos conocimientos, el nivel de formación académica con más alto porcentaje para los profesores fue el tercer nivel con 91% y con un nivel de conocimiento regular de 84,85% mientras que para los padres de familia el tercer nivel alcanzó el 48% con un nivel de conocimiento malo con un porcentaje de 68.83%.
- El nivel de conocimiento de términos básicos en lo que se refiere a avulsión fue regular para los profesores que acertaron con un porcentaje de 51.9% y malo para los padres de familia frente a un bajo porcentaje de 23.1%.
- El nivel de conocimiento de términos básicos en lo que se refiere a fractura dentaria fue regular para los profesores que señalaron la respuesta correcta de fractura dentaria en un porcentaje de 55.6% frente a un nivel de conocimiento malo de 11,3% de los padres de familia.
- El nivel de conocimiento sobre el lugar correcto para obtener ayuda en caso de un traumatismo dentoalveolar fue bueno, los profesores señalaron en porcentaje de 89% similar a los padres de familia 90%, indicando que el odontólogo es el primer lugar a donde acudirían en caso de traumatismo dentoalveolar.
- En lo referente a la pregunta sobre el medio de acondicionamiento ideal del diente traumatizado, obtuvo un porcentaje de respuesta correcta por parte de los profesores de 25% frente a un 16% de padres de familia, mientras que el medio de transporte ideal para un diente traumatizado que es un frasco con líquido obtuvo un porcentaje de respuesta

correcta 24% para los profesores y 14% para los padres de familia. El nivel de conocimiento fue malo en estas interrogantes.

- El nivel de conocimiento en lo referente al tiempo ideal para buscar atención de emergencia frente a un traumatismo dentoalveolar fue regular para los profesores que señalaron la respuesta correcta con un porcentaje de 63% y para malo para los padres de familia que señalaron la respuesta correcta en un porcentaje de 20%.
- La actitud frente a casos hipotéticos de trauma dentoalveolar se encontró una notable ausencia de actitud positiva tanto en profesores como en padres de familia y una llamativa actitud negativa de los profesores con un porcentaje de 86%, y 78% para los padres de familia 78%, mientras que la actitud indiferente fue significativamente mayor en los padres de familia con un porcentaje de 21% frente al 13% de los profesores.

9. RECOMENDACIONES

- Es importante que las instituciones educativas capaciten a su planta docente constantemente, así como también incluir dentro de la formación académica de los profesores un curso de primeros auxilios en odontología y así mejorar el nivel de conocimiento y por ende mejorar el pronóstico de estas lesiones.
- Implementar campañas de información en salud bucal haciendo énfasis en traumatismos dentales y la forma correcta de manejar una urgencia de este tipo, tanto para profesores como para padres de familia.
- Elaborar materiales educativos que incluyan los traumatismos que ocurren con mayor frecuencia y lugares de atención en caso de traumas odontológicos como medio de información a la población.

10. BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Pediatric Dentistry. (2 de 07 de 2010). *Clinical guideline*. Obtenido de www.guideline.gov/summary/summary.aspx?view_id=1&doc_id=6278#s25
- Andreasen, J. (2010). Texto y Atlas a Color de Lesiones Traumáticas a las Estructuras Dentales. Madrid: Amolca.
- Andreasen, J., & Backland, L. (2002). Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic dental injuries-a review article. USA: Dent Traumatical.
- Andreasen, J., & Ravn, J. (1972). Andreasen J, Ravn J. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. EE.UU.
- Ballesta García. ((2003). Prevalencía y etiología de los traumatismos dentales. *SCielo*.
- Barbería, E. (2005). Atlas de odontología infantil. Madrid: Médica.
- Basrani, E. (2001). Traumatología Dentaria en Niños y Adolescentes. Caracas: Amolca.
- Berman, L., Blanco, L., & Cohen, S. (2008). *Manual Clínico de Traumatología Dental*. España: Elsevier.
- Blankytny, C., Surbutus, C., & Thomas , A. (2001). Avulsed permanent incisors: knowledge and attitudes of primary school teachers with regard to emergency management. *International Journal of Paediatric Dentistry*.
- Blinkhorn, F. (2000). The aetiology of dento-alveolar injuries and factors influencing attendance for emergency care of adolescents in the North West of England. USA: Dent Traumatol.
- Caldas, J., & Burgos, M. (2001). A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. Brasilia: Dent Traumatl.
- Chan, A., Wong, T., & Cheung, G. (2001). Lay Knowledge of physical education teachers about the emergency management of dental trauma in Hong Kong. Hong Kong: Dent Traumatol.
- Contreras, N. (2003). Contreras N. Conocimientos y actitudes del médico pediatra de la ciudad de Huancayo respecto a la salud bucal del infante. Lima: Universidad de Perù.

- Donoso, H. F. (12 de Julio de 2015). *Manejo de Urgencia del Trauma Dentoalveolar*. Recuperado el Febrero de 2018, de www.hsjd.cl/web/wp-content/uploads/Traumatismo-Dentoalveolar.pdf
- Echemendía, Y. (2013). Traumatismo dentario. 15 a 18 años. Escuela Militar Camilo Cienfuegos. *Gaceta Médica Espirituana*.
- Escobar, F. (1990). Traumatismos en la dentición temporal. Chile: Universitaria.
- Glendor. (2010). (S. Álvares, S. Álvares, Edits., & A. Martínez Santos Fernandes, Trad.) Sao Paulo, Brazil: Amolca.
- Glendor, Marcenes, & Andreasen. (1997). Texto y Atlas a Color de Lesiones Traumáticas a las Estructuras Dentales. Amolca.
- Gómez. (s.f.). CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE TRAUMA DENTOALVEOLAR EN DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DE CARTAGENA. Revista Colombiana de Investigación en Odomt.
- Gómez, D. P., Aguilera, O. O., & Simancas, P. M. (2011). ONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE TRAUMA DENTOALVEOLAR EN DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DE CARTAGENA. Revista Colombiana de Investigación en Odontología.
- Gómez, P. M. (2011). KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICES ABOUT DENTAL TRAUMA IN STATE SCHOOL TEACHERS IN CARTAGENA COLOMBIA. Revista Colombiana de Investigación en Odontología, 20 28. Obtenido de https://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/54/127
- González, B. (2007). Traumatismo dental. Enfoque bioético. Gaceta Médica Espirituana.
- Guedes, A. (2003). Rehabilitación Bucal en Odontopediatria. España: Amolca.
- Hernandez, S. (1991). Hernandez S. Metodología de la Investigación. Colombia: MC Graw Hill.
- International Asociation Dental Traumatology. (s.f.). *Guías Clínicas Trauma en dentición Temporal. Guías Clínicas*. Obtenido de http://www.iadt-dentaltrauma.org
- Jones, E. (1995). Fundamentos de la psicología social. México: Limusa.

- Legañoa, A., Diaz, J., Arias, C., & Legañoa, S. (2009). Nivel de información sobre traumatismos dentoalveolares en padres y educadores. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000400007&lng=es&tlng=es.
- León, E. (2003). Prevalencia y etiología de los traumatismos. SCielo, 131 141.
- Lipton, H. (2008). *Impacto Psicológico de las lesiones Dentarias*. Barcelona: Elveiser.
- Mallqui, H. L., & Hernández, A. J. (2012). Traumatismos dentales en dentición permanente. *Revista Estomatológica Herediana*, 42 - 49.
- Marcenes, W., Alessi, O., & Traebert, J. (2000). Causes and prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors of school children aged 12 years in Jaragua do Sul, Brazil. Jaragua: Int Dent.
- Mariño, F., Sossa Rojas, F., & Estrada Montoya, J. (2011). Protocol for Treatment of Avulsed Permanent Tooth at the Dental Care Unit of the La Misericordia Hospital Foundation and the National University of Colombia Dental School, campus Bogotá. Revista Javeriana, 185 - 210. Obtenido de http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/viewFile/2723/2380
- McIntyre, J., Lee, J., & Trope, M. (2008). Elementary school staff knowledge about dental injuries. Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18410391
- Mejía, F. P., & De la Hoz, F. K. ((2017). *Medios de almacenamiento para dientes avulsionados. Una revisión.* Recuperado el Junio de 2018, de http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n3/2011-7531-sun-33-03-00517.pdf
- Morie, G., & Leal, K. (2006). Evaluation of the knowledge of tooth avulsion of school professionals from Adamantina,. Sao Paulo: Dent Traumatol.
- Parra, S. (2017). Nivel de conocimiento en padres y educadores sobre conducta a seguir ante traumatismos dentoalveolares. *Correo CientíFico MéDico*.
- Pasarón, P. M., Martinez, A. V., Macías, C. C., & Viera, S. M. (2017). Level of knowledge in patients with dental trauma. *Revista Médica Electrónica*, 24 32. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242017000100004&ln g=es&tlng=es.

- Person, R., Liewhr, F., & Patton, W. (2003). *Human periodontal ligament cell viability in milk and milk substitutes*. Endond.
- Pinedo, F. d. (s.f.). www.mtas.es. Obtenido de http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_015.htm
- Placencia, A. (2018). www.monografias.com.
- Sánchez, A. (2011). Valoración de la actitud y conocimientos de los padres ante un supuesto traumatismo dentario infantil. *Gaceta Dental*.
- Sánchez, A. (2011). Valoración de la Actitud y Conocimientos de los Padres ante un Supuesto Traumatismo Dentario Infantil. *Gaceta Dental*.
- Sánchez, M. A., Valero, S. C., Bañuelos, L. E., & Gallardo, L. N. (15 de Septiembre de 2011). *Revista Gaceta Dental*. Recuperado el Junio de 2018, de Valoración de la actitud y conocimientos de los padres ante un supuesto traumatismo dentario infantil: https://www.gacetadental.com/2011/09/valoracin-de-la-actitud-y-conocimientos-de-los-padres-ante-un-supuesto-traumatismo-dentario-infantil-25598/#
- Sandalli, N., Cildir, S., & Guler, N. (2005). *Clinical investigation of traumatic injuries in Yeditepe University, Turkey during the last 3 years*. USA: Dent Traumatol.
- Santos, A. (2009). Criterios de Valoración del daño Corporal. Situación Actual. Madrid: Fundación MAPFRE.
- Stockwell, A. (1988). Stockwell A. Incidence of dental trauma in the Western Australian School Dental Service. USA: Community Dent Oral Epidemiol.
- Tovo, M., Dos Santos, P., Kramer, P., Feldens, C., & Sari, G. (2004). *Tovo M, Dos Santos P, Kramer P, Feldens C, Sari G. Prevalence of crown fractures in 8-10 years old schoolchildren in Canoas*. Brasil: Dent Traumatol.
- Traebert, J. (2009). Traebert J. Knowledge of lay people and dentists in emergency management of dental trauma. USA: Dent Traumal.
- Turkistani, J. H. ((2011)). Recent trends in the management of. *Dental Traumatology*, 46 54. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Traumatismo-Dentoalveolar%20(2).pdf
- Ybarría, a. E., Ferro Benítez, P., & Valdivie Proenza, J. (Abril Junio de 2014). Comportamiento de traumatismos dentoalveolares en niños deportistas del área "Ciro

Frías", del municipio de Arroyo Naranjo. *Revista Cubana de Estomatología, 51*, 169 - 178. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072014000200005&lng=es&tlng=es.

11. ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

Universidad Nacional de Loja



Carrera de Odontología

Instrucciones

Lea detenidamente y marque una sola respuesta de acuerdo a su criterio y la que usted considere correcta. El objetivo de ésta encuesta es saber sobre el manejo que tendrían los profesores y padres de familia ante un traumatismo dental, así mismo se desea conocer las acciones que usted realizaría si a un niño/a se le fractura o se le rompe un diente a causa de un accidente.

1.	Género
	Femenino ()
	Masculino ()
2.	Señale con una X, si usted es:
Pa	dre/madre de familia ()
Pro	ofesor/a ()
3.	Nivel de formación académica
Pr	imaria ()
Se	cundaria ()
Te	rcer nivel ()
Cu	narto nivel ()
4.	Ha recibido información sobre primeros auxilios en odontología
Si	()
No	o()

- 5. En caso de un accidente en la boca, usted observa minuciosamente para verificar si existen heridas en la mucosa, encías, lengua o dientes.
 - Si()
 - No()

6.	Al problema por el cual los dientes de adelante se salen en forma completa debido	a
	un fuerte golpe en la boca se lo conoce como:	

- Avulsión (arrancamiento traumático del diente) ()
- Fractura dentaria ()
- Infección dentaria ()
- 7. A los dientes delanteros quebrados o rotos a causa de un fuerte golpe en la boca se conoce como:
 - Avulsión (arrancamiento traumático del diente) ()
 - Fractura dentaria ()
 - Infección dentaria ()
- 8. El pedazo de diente roto o el diente que se ha salido completamente de su sito se debe buscado en el lugar del accidente, ¿porqué?
 - El odontólogo puede recolocar el diente en su lugar ()
 - Si se pierde en ese momento no se podrá salvar el diente ()
 - No se debe buscar porque ya no sirve ()
- 9. Si a un niño se le rompe o se le sale un diente a causa de un golpe en la boca. ¿Cuál es el primer lugar donde buscaría ayuda?
 - Odontólogo ()
 - Médico ()
 - Emergencia de un hospital ()
- 10. ¿Cuál es el tiempo que usted considera ideal para buscar atención de emergencia si un diente definitivo de adelante se sale a causa de un fuerte golpe en la boca?
 - $15 30 \min()$
 - 2 horas ()
 - 24 horas()
 - No considero importante el tiempo()
- 11. Si usted decide colocar en su sitio el diente caído a causa de un golpe en la boca, ¿Cómo limpiaría el diente antes de colocarlo en su lugar?
 - El diente debe limpiarse suavemente con solución fisiológica ()
 - El diente debe limpiarse con papel sin tocar la raíz del diente ()
 - El diente no debe limpiarse, porque ya no sirve ()
 - Desconozco ()

12. Si u	sted decide NO poner en su sitio el diente caído, ¿Cómo transporta el diente hasta
que	el niño reciba atención odontológica de emergencia?
•	En la mano ()
•	En una bolsa con hielo ()
•	En una gasa ()
•	En un frasco con líquido ()
•	En un frasco sin líquido ()
•	Desconozco ()
13. ¿En	dónde llevaría usted los pedazos de diente roto hasta poder recibir atención de
eme	rgencia?
•	En papel higiénico o un pañuelo limpio ()
•	En la mano ()
•	En una bolsa ()
•	En un frasco con líquido ()
•	Desconozco ()
14. De 1	los siguientes líquidos, cuál elegiría para transportar el diente definitivo delantero
hast	a recibir atención de emergencia?
•	Agua ()
•	Leche ()
•	Suero fisiológico ()
•	Saliva ()

15. A continuación le pedimos que imagine dos casos hipotéticos y responda una sola opción en cada ítem:

Caso 1

• Clara de Huevo ()

• No lo pondría en ningún líquido ()

• Imagine que un niño de 9 años recibe un codazo en la boca durante un partido de fútbol, usted observa que está sangrando y le falta uno de los dientes delanteros, mira al suelo y el diente está en el piso:

¿Buscaría minuciosamente el diente y lo recogería? ITEM 1

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI (5)	SI (4)	(3)	NO (2)	NO (1)
, ,		,	, ,	, ,

¿Colocaría el diente en un medio líquido? ITEM 2

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI (5)	SI (4)	(3)	NO (2)	NO (1)
,		,	,	,

¿Intentaría colocar el diente en su sitio? ITEM 3

	BEENIEN (TE B & B &	TRODADLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI (5) S	$I(4) \qquad \qquad (3)$	NO (2)	NO (1)

¿Colocaría un pañuelo o una gasa para que el niño pare de sangrar? ITEM 4

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI (5)	SI (4)	(3)	NO (2)	NO (1)
, ,	, ,	` ,	, ,	` ,

Caso 2

• Imagine que una niña de 11 años le golpean en la cara, sus dientes delanteros se rompen, usted observa y efectivamente le falta un pedazo de su diente: ¿Buscaría minuciosamente el pedazo de diente? ITEM 1

ſ	DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
	SI(5)	SI (4)	(3)	NO (2)	NO (1)

¿Colocaría los pedazos de diente en un frasco con líquido? ITEM 2

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI(5)	SI (4)	(3)	NO (2)	NO (1)
, ,	` ,	` ,	, ,	, ,

 \updelta Informaría al profesional sobre los fragmentos del diente que ha recogido? ITEM 3

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI (5)	SI (4)	(3)	NO (2)	NO (1)

ANEXO 2

OFICIOS PARA AUTORIZACION DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS

Loja, 11 abril del 2018

Dr.

José Orellana Yaguache

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "MIGUEL RIOFRIO"

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente solicito a usted muy respetuosamente se digne autorizar la aplicación de encuestas para la elaboración de mi tema de tesis: "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE PROFESORES Y PADRES DE FAMILIA FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN LAS ESCUELAS DE LA CIUDAD DE LOJA", dirigida a la planta docente del nivel básico y a los padres de familia quinto año de educación básica, cuyo objetivo es conocer sobre el manejo que tendrían los profesores y padres de familia ante un traumatismo dental, y de ésta manera crear conciencia sobre el tema.

Por la atención que se digne dar a la misma, le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:

Adriana Noemí Zari Zúñiga

C.I 1104678931

ESTUDIANTE X CICLO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Revisido 11-04-2018 174105

Loja, 10 abril del 2018

Lcda.

Anita Castillo

DIRECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "PUNTO DE PARTIDA" GRADE SCHOOL

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente solicito a usted muy respetuosamente se digne autorizar la aplicación de encuestas para la elaboración de mi tema de tesis: "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE PROFESORES Y PADRES DE FAMILIA FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN LAS ESCUELAS DE LA CIUDAD DE LOJA", dirigida a la planta docente del nivel básico y a los padres de familia, cuyo objetivo es conocer sobre el manejo que tendrían los profesores y padres de familia ante un traumatismo dental, y de ésta manera crear conciencia sobre el tema.

Por la atención que se digne dar a la misma, le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:

Adriana Noemí Zari Zúñiga

C.I 1104678931

ESTUDIANTE X CICLO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

PUNTO DE PARTIDA RUC. 1103595415081

10339641S



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SANTA MARIANA DE JESÚS"



Loja- Ecuador 2017-2018 RECTORADO

Loja, 12 de abril del 2018

UNIDAD EDUCATIVA
"SANTA MARIANA DE JESÚS"
LOJA EGUADOR
RECTORADO

Sta.

Adriana Noemí Zari Zúñiga

ESTUDIANTE DEL DÉCIMO CICLO DE LA CARRERA DE

ODONTOLOGÍA DE LA U.N.L.

Ciudad. -

De mis consideraciones:

La Unidad Educativa Particular "Santa Mariana de Jesús" le expresa un atento y cordial saludo deseándole que Dios derrame muchas bendiciones en su familia y éxitos en sus labores diarias.

En respuesta a la petición con fecha 10 de abril del presente por parte de la estudiante Adriana Zari, en la que solicita la <u>aplicación de encuestas</u>. SE AUTORIZA la aplicación de la misma a los docentes de todo el nivel básico y padres de familia de los quintos y sextos años de educación

Atentamente,

MG. HNA. MABEL ROMERO FLORES

RECTORA

Loja, 11 abril del 2018

M.Sc.

Paola Hidalgo

DIRECTORA DEL CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR "TESOROS DEL SABER"

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente solicito a usted muy respetuosamente se digne autorizar la aplicación de encuestas para la elaboración de mi tema de tesis: "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE PROFESORES Y PADRES DE FAMILIA FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN LAS ESCUELAS DE LA CIUDAD DE LOJA", dirigida a la planta docente del nivel básico y a los padres de familia quinto año de educación básica, cuyo objetivo es conocer sobre el manejo que tendrían los profesores y padres de familia ante un traumatismo dental, y de ésta manera crear conciencia sobre el tema.

Por la atención que se digne dar a la misma, le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:

Adriana Noemí Zari Zúñiga

C.I 1104678931

ESTUDIANTE X CICLO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA

DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

John Red Britande Britande

ANEXO 3

CERTIFICACIÓN



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SANTA MARIANA DE JESÚS"



Loja- Ecuador 2017-2018 **RECTORADO**

Loja, 18 de abril del 2018

RECTORADO DE LA UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR SANTA MARIANITA DE JESÚS POR MEDIO DE LA PRESENTE,

CERTIFICO

Que la Sta. ADRIANA NOHEMÍ ZARI ZÚÑIGA con CI: 110467893-1 realizó el trabajo de campo aplicando encuestas a la Planta Docente de la Básica y a los 5° y 6° años de básica, cuyo tema de tesis es "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD EN PROFESORES Y PADRES DE FAMILIA FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN LAS ESCUELAS DE LA CIUDAD DE LOJA". El mismo que fue aplicado el día martes 17 de abril del 2018, de manera satisfactoria.

Particular que hago conocer para los fines pertinentes.

Atentamente,

Mgs. HNA. MABEL ROMERO FLORES

RECTORA

MRF/jcr



te Acserdo Ministerial No. 004 D.P.E.L.- D.T

MAGISTER MARITZA PAOLA HIDALGO UCHUARI DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA PARTICULAR "EL TESORO DEL SABER"; A PETICIÓN DE LA PARTE INTERESADA:

CERTIFICA

Que la Señorita Adriana Noemí Zari Zúñiga con cédula de identidad 1104678931, estudiante del X ciclo de la Carrera de Odontología la Universidad Nacional, realizo la aplicación de encuestas a los docentes y padres de familia de la institución sobre el tema de Tesis "Nivel de conocimiento y actitud de profesores y padres de familia frente a un traumatismo dentoalveolar en las escuelas de la ciudad de Loja".

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, autorizando a la interesada hacer uso del presente en lo que estimen conveniente y quedo a su disposición para cualquier información adicional al número telefónico 2576007.

Loja, Julio 06 de 2018

Atentamente, EDUCAR PARA LA LIBERTAD

Mg Paola Hidalgo U.

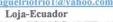
DIRECTORA

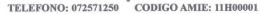
escuela de educación básica Particular "El Tesoro del Saber"



ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "MIGUEL RIOFRÍO"









Loja, 29 de junio del 2018

Dr. José Aníbal Orellana Yaguache, **DIRECTOR DE LA ESCUELA DE EDUCACION BASICA "MIGUEL RIOFRIO"**, a petición escrita de la parte interesada;

CERTIFICA:

Que la señorita ADRIANA NOEMI ZARI ZUÑIGA, con cédula 1104678931, estudiante de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realizó la aplicación de encuentras a la Planta Docente y a los Padres de Familia de Quinto grado de la escuela de Educación Básica "Miguel Friofrío", para la elaboración del tema de su tesis "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE PROFESORES Y PADRES DE FAMILIA FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN LAS ESCUELAS DE LA CIUDAD DE LOJA. Efectuando con responsabilidad las actividades programadas.

Es todo cuanto puedo certificar ya que lo expuesto se desprende de la planificación ejecutada en ésta institución educativa.

Atentamente;

Dr. José Aníbal Orellana Yaguach DIRECTOR

Select Orbitor



Loja, 19 de octubre de 2018

Lic. Ana Gabriela Castillo Aguirre

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACION BASICA PUNTO DEPARTIDA

A petición verbal de la parte interesada,

CERTIFICO

Que la señorita ADRIANA NAOMI ZARI ZUÑIGA, de CI 1104678931, estudiante de la Carrera de Odontología, en la Universidad Nacional de Loja, realizo la aplicación de encuestas a los Docentes de nuestra institución educativa, para la elaboración del tema de su tesis "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITO DE PROFESORS Y PADRES DE FAMILIA FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN LAS ESCUELAS DE LA CIUDAD DE LOJA". Llevando a cabo con responsabilidad sus actividades programadas.

Es todo cuanto puedo asegurar en honor a la verdad, y faculto a la interesada hacer uso del presente en lo que estime conveniente.

Atentamente,

Lic. Ana Gabriela Castillo

DIRECTORA

PUNTO DE PARTIDA RUC. 1103596415001

ANEXO 4

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN

AL IDIOMA INGLÉS

English Speak Up Center

Nosotros "English Speak Up Center"

CERTIFICAMOS que

La traducción del documento adjunto solicitada por las señoritas ADRIANA NOEMI ZARI ZUÑIGA con cédula de ciudadanía número 1104678931 cuyo tema de investigación se titula: "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD EN PROFESORES Y PADRES DE FAMILIA FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN LAS ESCUELAS DE LA CIUDAD DE LOJA", ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "English Speak Up Center".

Esta es una traducción textual del documento adjunto, y el traductor es competente para realizar traducciones.

Loja, 02 de Octubre de 2018

Mgs. Elizabeth Sánchez Burneo

Ebabeth Sicher de Chiler

DIRECTORA ACADÉMICA



ANEXO 5 FOTOGRAFÍAS

















ANEXO 6



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ODONTOLOGÍA MODULO X

TÍTULO

"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE PROFESORES Y PADRES
DE FAMILIA FRENTE A UN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN LAS
ESCUELAS DE LA CIUDAD DE LOJA"

AUTORA: Adriana Noemí Zari Zúñiga

DIRECTORA: Odt. Esp. Susana Patricia González Eras

LOJA-ECUADOR

2018

1. PROBLEMÁTICA

La integridad de los tejidos dentarios muchas veces se ve afectada por los traumatismos dentoalveolares, que son la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries dental que afecta a la población menor de 19 años. Se entiende como trauma un golpe o impresión que viene del exterior y que deja alguna lesión corporal o síquica y el traumatismo es un término general que comprende todas las lesiones, tanto internas como externas, provocadas por una violencia exterior, física o síquica. (Parra, 2017)

La frecuencia de los traumatismos dentarios es cada vez mayor, son la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries, sobre todo en niños y adolescentes; en dentición permanente, existe un pico de prevalencia en edades de 9 a 10 años; mientras que en dentición temporal, la edad en las cual se producen más traumatismos están entre los 10 y 24 meses. (Sánchez, 2011). La prevalencia en dientes temporales tiende a igualarse en niños y en niñas, en cambio en dientes permanentes es mayor en niños que en niñas, siendo el incisivo central superior el diente más afectado, seguido del incisivo lateral superior y de los incisivos inferiores. (Echemendía, 2013).

Los traumas dentarios pueden variar desde una pequeña afectación en el esmalte o leves desplazamientos dentarios, hasta una avulsión de la pieza dental; es así que, la incompleta formación radicular de los incisivos y el grado de elasticidad del ligamento periodontal explican la fácil avulsión de estos dientes con ligeros golpes horizontales. (Parra, 2017).

Para la dentición permanente (León, 2003) señala que la lesión más frecuente es la fractura de corona no complicada, mientras que en dentición temporal son las luxaciones y la caries.

Las etiologías de los traumatismos dentarios tanto en los dientes temporales como en los permanentes tienen su mayor incidencia en las prácticas deportivas de naturaleza fuerte con un accionar rápido (77 %). Según, (Glendor, Marcenes, & Andreasen, Texto y Atlas a Color de Lesiones Traumáticas a las Estructuras Dentales, 1997) plantean valores del 40 % y 65 %, mientras que el 70,4 % de los accidentes ocurrieron por algún tipo de caída sin importar la naturaleza del mismo; el 58,3 % de los traumatismos se producían por caídas y el 10 % y el 36,7 % le correspondía a las colisiones y a los accidentes de triciclos. En la Habana se realizó un estudio en niños de 12 a 14 años, donde se observó afectado el 17,4 %, asimismo el sexo

masculino, siendo el tipo de lesión que predominó la fractura simple de esmalte con un 63,1 % y la causa principal fueron las caídas con un 75,3 %4. (Echemendía, 2013).

El pronóstico de los traumatismos dentarios depende de la inmediatez de su atención, sin restarle importancia a la individualidad de cada paciente, así como del nivel cultural de este y sus familiares, lo que guarda mucha relación con los cuidados postraumáticos y la disciplina de los mismos en las consultas de seguimiento , ya que muchos no acuden a los servicios de urgencias para recibir los tratamientos que requieren o no asisten a las consultas de seguimiento para valorar la evolución del diente lesionado (Ballesta, 2003). Se ha demostrado por la mayoría de los investigadores que los niños siguen siendo más propensos a sufrir al menos dos veces más lesiones en la dentición permanente que las niñas, especialmente entre los 8 y 11 años con un pico en los 9 años, factor que está íntimamente relacionado con la participación más activa, intensa y brusca en deporte y juegos. (González , 2007).

Los traumatismos dentarios pueden tener consecuencias funcionales, estéticas y psicológicas severas, por ello la actitud terapéutica del profesional y de los familiares del niño es muy importante porque puede resolver o agravar la situación, por lo tanto, el tratamiento debe ser lo más precoz posible, acudiendo al dentista siempre, aunque no haya dolor, ya que éste es el profesional más adecuado para valorar la situación. (Sánchez, 2011).

La prevención de los traumas dentarios, su manejo, la difusión de información y otros aspectos relacionados son, a pesar de su importancia en salud pública, todavía descuidados en muchos países, a excepción de Inglaterra, Australia y Estados Unidos que tienen un mayor conocimiento ya que se han implantado importantes campañas de información al respecto. (Ybarría, Ferro Benítez, & Valdivie Proenza, 2014).

Así, es de importancia que no solo los profesionales tengan acceso a este conocimiento, sino también las personas que probablemente brindarán los primeros auxilios a la persona lesionada, p. ej., padres, profesores, enfermeras, profesionales de la salud y entrenadores físicos; ellos deben conocer los procedimiento de primeros auxilios relacionado a un diente permanente avulsionado. (Glendor, 2010). Entonces, cabe destacar la importancia de implementar campañas informativas, afiches, folletos para informar al público sobre qué hacer en situaciones de trauma dental y han sido llevadas a cabo en muchos países como Argentina, Australia, Brasil, Dinamarca, Suecia, Reino Unido y los Estados Unidos; las cuales deben ser repetidas para conocimiento público. (Sigurdsson, 2010).

2. JUSTIFICACIÓN

Los padres, tutores, profesores y demás responsables juegan un papel crucial en el pronóstico de una urgencia de estas características, ya que éste depende del temprano y apropiado tratamiento. Una actuación lenta o inadecuada puede tener consecuencias graves para el diente o dientes afectados. Los diferentes estudios desarrollados acerca del grado de educación de los responsables de los niños sobre cómo actuar ante un traumatismo dentario señalan el bajo conocimiento sobre el manejo de esta situación, así como la necesidad de realizar campañas informativas sobre el tema.

La importancia del presente estudio radica en que el trauma dentoalveolar representa la segunda causa de consulta después de la caries y patologías de origen pulpar en niños y adolescentes. Actualmente el trauma dentoalveolar en niños y adolescentes, representa un problema de salud pública debido a que su presentación es cada vez más frecuente y su manejo y prevención son poco conocidos, inclusive entre los profesionales de la odontología y de la salud en general.

El estudio está dirigido a profesores y padres de familia de Escuelas de la Ciudad de Loja, ya que son las quienes se encuentran en contacto cercano con los niños y frente a un accidente de este tipo, se busca informar cómo responder correctamente, que hacer, a donde recurrir, el tiempo juega un papel muy importante si lo que se pretende es la conservación del diente afectado. Además, se puede utilizar la información para que sirva de aporte a estudiantes y servir como base en la estructuración de un servicio adecuado a las necesidades de la población.

3. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

• Determinar el nivel de conocimiento y actitud de profesores y padres de familia frente a un traumatismo dentoalveolar en las escuelas de la Ciudad de Loja.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar si el nivel de formación académica influye en el nivel de conocimiento y actitud frente a un traumatismo dentoalveolar en profesores y padres de familia de Escuelas de la Ciudad de Loja.
- Evaluar el nivel de conocimiento de términos básicos como definición de fractura dentaria y avulsión dentaria en profesores y padres de familia de escuelas de la ciudad de Loja.
- Evaluar el nivel de conocimiento sobre el primer lugar donde buscaría ayuda frente a un traumatismo dentoalveolar en profesores y padres de familia de escuelas de la Ciudad de Loja.
- Evaluar el nivel de conocimiento acerca del tiempo ideal para buscar atención de emergencia frente a un traumatismo dentoalveolar en profesores y padres de familia de escuelas de la Ciudad de Loja.
- Valorar el nivel de conocimiento sobre los medios de acondicionamiento y transporte adecuado de un diente que ha sufrido un traumatismo dentoalveolar (avulsión), en profesores y padres de familia en Escuelas de la Ciudad de Loja.
- Valorar la actitud de los profesores y padres de familia frente a dos casos de traumatismo dentoalveolar planteados en la encuesta.

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

Trauma Dentoalveolar

- Definición
- Epidemiología
- Prevalencia e incidencia
- Etiología
- Dentición afectada y dientes involucrados

Clasificación del Trauma Dentoalveolar

Lesiones de los tejidos duros dentarios

Fractura coronaria no complicada

Fractura coronaria complicada

Fractura radicular

Lesiones de los tejidos periodontales

Avulsión

Concusión

Luxación

Subluxación

Protocolo de atención de un Traumatismo Dentoalveolar

- Protocolo de atención para dientes con fractura de corona
- Protocolo de atención para dientes avulsionados

Medios de almacenamiento y transporte del diente

Tiempo extraoral del diente posterior al trauma

Tratamiento y manejo clínico del diente posterior al traumatismo dentoalveolar

Prevención

Impacto psicológico del trauma dentoalveolar en un niño/a

Definición de conocimiento

- Medición del conocimiento
- Escala de Estaninos

Definición de actitud

- Medición de la actitud
- Escala de Likert

INDICE

- 1. Tema
- 2. Problematización
- 3. Justificación
- 4. Objetivos
 - 4.1 Objetivo general
 - 4.2 Objetivos Específicos
- 5. Esquema del Marco Teórico
- **6.** Variables
 - 6.1 operacionalización de variables
 - 6.2 matriz de operacionalización de variables
- 7. Diseño metodológico
 - 7.1 Metodología
 - 7.2 Tipo de estudio
 - 7.3 Área de estudio
 - 7.4 Población de estudio
 - 7.4 1. Universo
 - 7.4.2. Muestra
- 8. Cronograma
- **9**. Presupuesto
- 10.Bibliografía

5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN INDICADOR ESCALA	CATEGORÍA
		✓ Relación entre el nivel	
Nivel de		de formación	
Conocimiento		académica y el nivel de	
de profesores y	Es el aprendizaje que	conocimiento. Criterio de la	
padres de	poseen los	✓ Conocimiento de la respuesta Correcta	BUENO
familia frente a	profesores y padres	definición de términos correcta. Incorrecta	REGULAR
un trauma	de familia respecto	básicos como avulsión	MALO
dentoalveolar(al manejo del trauma	y fractura dentaria.	
TDA)	dentoalveolar.	✓ Conocimiento del	
		lugar donde buscar	
		atención de	
		emergencia frente a un	
		Trauma dentoalveolar.	
		✓ Conocimiento sobre el	
		tiempo ideal para	
		buscar atención frente	
		a un trauma	
		dentoalveolar	
		✓ Conocimiento sobre	
		los medios de	
		acondicionamiento y	
		transporte frente a un	
		Trauma dentoalveolar	

Actitud de los	Comportamiento que	✓	Actitud para buscar el			
profesores y	asumen los		diente o fragmentos			
padres de	profesores y padres		traumatizados.	Escala de		
familia frente a	de familia frente a	✓	Actitud para manipular	Likert)	Ordinal	Positiva
un	un traumatismo		el diente o fragmentos			Negativa
traumatismo			traumatizados.			Indiferente
dentoalveolar		✓	Actitud para			
(TDA).			transportar el diente o			
			fragmentos			
			traumatizados.			
		✓	Actitud para informar			
			al profesional sobre el			
			diente o fragmentos			
			traumatizados.			

7. DISEÑO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

El estudio será realizado en 4 escuelas de la Ciudad de Loja que nos brinden la apertura y la colaboración, la encuesta será aplicada a los docentes y padres de familia.

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio será de tipo descriptivo de corte transversal; ya que el estudio está enfocado en determinar el nivel de conocimiento y actitud mediante la aplicación de un cuestionario de preguntas.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizará en las Escuelas de la ciudad de Loja, que brinden la apertura y permiso para realizar las encuestas; la unidad de estudio serán los padres de familia y docentes de niños y niñas que cursen el quinto grado de educación básica.

UNIVERSO

119 Escuelas de la ciudad de Loja

MUESTRA

4 Escuelas de la Ciudad de Loja, en cada escuela se aplicarán encuestas únicamente a los profesores de educación básica y a padres de familia de niños /as que cursen el quinto año de Educación Básica.

La muestra fue tomada de acuerdo al programa estadístico Epi Info, el mismo que de acuerdo a 3860 niños que cursan el quinto año de educación básica los mismos que comprenden edades entre 9 y 10 años de edad, la encuesta debe ser aplicada a 268 individuos, 160 padres de familia y 108 profesores.

Criterios de inclusión:

- Profesores que forman parte de la planta docente al momento de realizar el estudio y que deseen colaborar en el estudio.
- Padres de familia de quinto año de E. B. dispuestos a colaborar en el estudio.

114

Criterios de exclusión:

Padres de familia que no pertenecen al quinto año de E.B. y que no estén dispuestos

a colaborar con el estudio.

Profesores que no deseen colaborar en las encuestas para el estudio.

Ausencia del profesor por cualquier motivo no se encontraban en la escuela en el

momento de la encuesta; ya sea por enfermedad, calamidad doméstica, reposo, etc.

MÉTODO E INSTRUMENTOS

Una vez obtenido el respectivo permiso por parte de los Directores de las escuelas

seleccionadas para el estudio, se tomó una muestra de 160 padres de familia y 108

profesores tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión. Previamente a la

aplicación de la encuesta se dio una explicación breve de las preguntas tanto a

profesores como padres de familia para posteriormente proceder a llenar la encuesta.

INSTRUMENTO

Las preguntas formuladas en el cuestionario fueron seleccionadas de acuerdo a la

literatura existente, basadas además en estudios similares, artículos científicos. La

encuesta consta de 15 preguntas: sobre conocimiento de trauma dentoalveolar, donde

cada pregunta será valorada mediante el criterio de la respuesta correcta y se formularon

dos casos hipotéticos para valorar la actitud, la misma que será valorada mediante

Escala de Likert como positiva, negativa o indiferente. (Anexo 1)

PROCESAMIENTO DE RESULTADOS

Una vez obtenidos los resultados se elaboró una base de datos en el programa

estadístico SPSS, utilizando la prueba de chi cuadrado, para tabular las preguntas de

conocimiento se utilizó el criterio de la respuesta correcta únicamente y para valorar la

actitud se elaboró dos casos hipotéticos; el Caso 1 muestra 4 ítems, cada ítem está

valorado con 5 puntos dando un total de 20 puntos estableciendo los siguientes puntos

de corte:

20-13: actitud positiva

12-9: actitud indiferente

8-4: actitud negativa

115

Mientras que el Caso 2 consta de 3 ítems valorado cada uno en 5 puntos dando un total de 15 puntos estableciendo los siguientes puntos de corte:

15-10: actitud positiva

9-5: actitud indiferente

4-1: actitud negativa

Anexo 1

Universidad Nacional de Loja

Carrera de Odontología



Instrucciones

Si()

No()

Lea detenidamente y marque una sola respuesta de acuerdo a su criterio y la que usted considere correcta. El objetivo de ésta encuesta es saber sobre el manejo que tendrían los profesores y padres de familia ante un traumatismo dental, así mismo se desea conocer las acciones que usted realizaría si a un niño/a se le fractura o se le rompe un diente a causa de un accidente.

Le informamos que sus datos personales son absolutamente confidenciales.

1.	Género
	Femenino ()
	Masculino ()
2.	Señale con una X, si usted es:
Pa	ndre/madre de familia ()
Pı	rofesor/a ()
3.	Nivel de formación académica
Pr	imaria ()
Se	ecundaria ()
Т	ercer nivel ()
Cı	uarto nivel ()
4.	Ha recibido información sobre primeros auxilios en odontología
Si	()
N	0()
5.	En caso de un accidente en la boca, usted observa minuciosamente para
	verificar si existen heridas en la mucosa, encías, lengua o dientes.

6.	Al problema	por el	cual l	os diente	s de	adelante	se	salen	en	forma	completa
	debido a un f	uerte go	olpe en	la boca s	e lo	conoce co	omo):			

- Avulsión (arrancamiento traumático del diente) ()
- Fractura dentaria ()
- Infección dentaria ()
- 7. A los dientes delanteros quebrados o rotos a causa de un fuerte golpe en la boca se conoce como:
 - Avulsión (arrancamiento traumático del diente) ()
 - Fractura dentaria ()
 - Infección dentaria ()
- 8. El pedazo de diente roto o el diente que se ha salido completamente de su sito se debe buscar en el lugar del accidente, ¿porqué?
 - El odontólogo puede recolocar el diente en su lugar ()
 - Si se pierde en ese momento no se podrá salvar el diente ()
 - No se debe buscar porque ya no sirve ()
- 9. Si a un niño se le rompe o se le sale un diente a causa de un golpe en la boca. ¿Cuál es el primer lugar donde buscaría ayuda?
 - Odontólogo ()
 - Médico ()
 - Emergencia de un hospital ()
 - Desconozco ()
- 10. ¿Cuál es el tiempo que usted considera ideal para buscar atención de emergencia si un diente definitivo de adelante se sale a causa de un fuerte golpe en la boca?
 - $15 30 \min ()$
 - 2 horas ()
 - 24 horas()
 - No considero importante el tiempo()
- 11. Si usted decide colocar en su sitio el diente caído a causa de un golpe en la boca, ¿Cómo limpiaría el diente antes de colocarlo en su lugar?
 - El diente debe limpiarse suavemente con solución fisiológica ()
 - El diente debe limpiarse con papel sin tocar la raíz del diente ()
 - El diente no debe limpiarse, porque ya no sirve ()

• Desconozco ()
12. Si usted decide NO poner en su sitio el diente caído, ¿Cómo transporta el dient
hasta que el niño reciba atención odontológica de emergencia?
• En la mano ()
• En una bolsa con hielo ()
• En una gasa ()
• En un frasco con líquido ()

- Desconozco ()
- 13. ¿En dónde llevaría usted los pedazos de diente roto hasta poder recibir atención de emergencia?
 - En papel higiénico o un pañuelo limpio ()
 - En la mano ()
 - En una bolsa ()
 - En un frasco con líquido ()

En un frasco sin líquido ()

- Desconozco ()
- 14. De los siguientes líquidos, cuál elegiría para transportar el diente definitivo delantero hasta recibir atención de emergencia?
 - Agua ()
 - Leche ()
 - Suero fisiológico ()
 - Saliva ()
 - Clara de Huevo ()
 - No lo pondría en ningún líquido ()
- 15. A continuación le pedimos que imagine dos casos hipotéticos y responda una sola opción en cada ítem:

Caso 1

• Imagine que un niño de 9 años recibe un codazo en la boca durante un partido de fútbol, usted observa que está sangrando y le falta uno de los dientes delanteros, observa :

• ¿Buscar	ía minuciosamente el di	iente y lo	recogería?	
DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI()	SI()	()	NO ()	NO ()
• ¿Coloca DEFINITIVAMENTE SI ()	ría el diente en un medi PROBABLEMENTE SI ()	o líquido	PROBABLEMENTE NO ()	DEFINITIVAMENTE NO ()
	ría colocar el diente en			
DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI()	SI()	()	NO ()	NO ()
• ¿Coloca	ría un pañuelo o una ga	sa para q	ue el niño pare de sang	rar?
DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI()	SI()	()	NO ()	NO ()
delanter su diente	que una niña de 11 os se rompen, usted ob e: ía minuciosamente el pe	serva y e	efectivamente le falta u	
DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI()	SI()	()	NO ()	NO ()
			1,0 ()	1.0 ()

¿Colocaría los pedazos de diente en un frasco con líquido?

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE	
SI()	SI()	()	NO ()	NO ()	
					ĺ

• ¿Informaría al profesional sobre los fragmentos del diente que ha recogido?

DEFINITIVAMENTE	PROBABLEMENTE	DUDO	PROBABLEMENTE	DEFINITIVAMENTE
SI()	SI()	()	NO ()	NO ()

EQUIPOS Y MATERIALES

Equipos

- ✓ Computadora
- ✓ Cámara fotográfica

Materiales para recolección de datos

- ✓ Esferos
- ✓ Fotocopias
- ✓ Fichas de recolección de datos

FUENTE DE INFORMACIÓN

La fuente de información será indirecta, ya que al momento de aplicar las encuestas se obtienen datos que posteriormente deben ser tabulados y organizados para valorar el nivel de actitud y conocimiento.

PLAN DE ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Los datos serán analizados y presentados en tablas de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación.

USO DE RESULTADOS

Los datos obtenidos servirán para aportar conocimientos acerca de un tema de mucha importancia para los odontólogos, acerca de la actitud y el nivel de conocimiento frente a un traumatismo dentario infantil, ya que de ello depende mucho la conservación del diente.

RIESGOS

Esta investigación no presenta riesgos para los profesores y padres de familia asi mismo como para el observador.

TIEMPO	Ene 201				Feb 20	rero)		Ma 201	rzo 18			Ab: 201				Ma 201	-			Jun 201			
ACTIVIDAD	1sem	2sem	3sem	4sem	1sem	2sem	3sem	4sem	1sem	2sem	3sem	4sem	1sem	2sem	3sem	4sem	1sem	2sem	3sem	4sem	1sem	2sem	3sem	4se
Aprobación del proyecto	X	X																						
Solicitud para emisión de pertinencia					X	X	X	X																
Emisión de pertinencia									X	X														
Asignación de Directora de tesis											X	X												
Aplicación de trabajo de campo													X	X	X									
Tabulación de resultados Actualización de Marco Teórico																X								
Elaboración de Discusión y Conclusiones																	x							
Primer borrador de tesis completo																		x						
Sesión Reservada de Tesis																			X					
Sesión pública de Tesis y grado																				X	X			

PRESUPUESTO

RUBRO	CANTIDAD	DEDICACIÓN	COSTO	COSTO TOTAL	TIEMPO DE	SUBTOTAL
(ACTIVIDAD)	REQUERIDA		UNITARIO (\$)	(\$)	PROYECTO	
A. GASTOS	PERSONALES	1		'	1	1
INVESTIGADOR	1	• Realizar	0.00	0.00		
PRINCIPAL		investigación			6 meses	0.00
TOTAL						0.00
B. TRABAJO	O DE CAMPO					I
TRANSPORTE y	\$50	 Movilización y 	1.00	50.00		
ALIMENTACIÓN	\$50	obtención de datos necesarios.	3.00	30.00	6 meses	\$100.00
TOTAL						\$100.00
C. EQUIPOS	S					
IMPRESIONES	2	Proyecto e informe final.	0.08	\$16.00		
COPIAS CÁMARA DE	150		0.02	\$3.00	C	\$260
CÁMARA DE FOTOS	1		50.00	\$50.00 \$300.00	6 meses	\$369
COMPUTADORA	1		300.00	φ300.00		
TOTAL						\$369
TOTAL RECURSOS Y	PRESUPUESTO					680.50

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta, G. (2003). Prevalencía y etiología de los traumatismos dentales. SCielo.
- Echemendía, Y. (2013). Traumatismo dentario. 15 a 18 años. Escuela Militar Camilo Cienfuegos. *Gaceta Médica Espirituana*.
- Glendor. (2010). (S. Álvares, S. Álvares, Edits., & A. Martínez Santos Fernandes, Trad.)
 Sao Paulo, Brazil: Amolca.
- Glendor, Marcenes, & Andreasen. (1997). *Texto y Atlas a Color de Lesiones Traumáticas a las Estructuras Dentales*. Amolca.
- González, B. (2007). Traumatismo dental. Enfoque bioético. Gaceta Médica Espirituana.
- León, E. (2003). Prevalencia y etiología de los traumatismos. SCielo, 131 141.
- Parra, S. (2017). Nivel de conocimiento en padres y educadores sobre conducta a seguir ante traumatismos dentoalveolares. *Correo CientíFico MéDico*.
- Sánchez, A. (2011). Valoración de la Actitud y Conocimientos de los Padres ante un Supuesto Traumatismo Dentario Infantil. *Gaceta Dental*.
- Sigurdsson. (2010).
- Ybarría, a. E., Ferro Benítez, P., & Valdivie Proenza, J. (Abril Junio de 2014). Comportamiento de traumatismos dentoalveolares en niños deportistas del área "Ciro Frías", del municipio de Arroyo Naranjo. *Revista Cubana de Estomatología*, 51, 169 178. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072014000200005&lng=es&tlng=es.