



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRAUMATISMO
DENTOALVEOLAR EN PADRES DE ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE
ESCUELAS URBANAS. AZOGUES - 2019

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR/A: Jessica Elizabeth Rodríguez Sánchez

DIRECTORA: Vanessa Montesinos, Od. Esp

TUTOR METODOLOGICO: Cristian Urgilés, Od. Esp

AZOGUES

2019

DECLARACIÓN

Yo, Jessica Elizabeth, Rodríguez Sánchez declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.



.....
Autor: Jessica Elizabeth, Rodríguez Sánchez

C.I.: 0302490958

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Dra. Priscilla Medina Sotomayor

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN PADRES DE ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE ESCUELAS URBANAS. AZOGUES - 2019”**, realizado por, Rodríguez Sánchez Jessica Elizabeth, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Azogues, enero 2020.



.....
Dra. PhD. Priscilla Medina Sotomayor

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Od. Esp. Vanesa Montesinos

DOCENTE DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN PADRES DE ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE ESCUELAS URBANAS. AZOGUES - 2019", realizado por, Rodríguez Sánchez Jessica Elizabeth, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Azogues, enero 2020.



Tutor: Vanessa Montesinos

DEDICATORIA.

De manera especial a mi padre Luciano, el cual su sueño y anhelo siempre fue que alcanzara esta meta, no la podría haber logrado sin su ayuda, ni sin las bendiciones que me derrama desde el cielo.

A mi madre Norma cuyo esfuerzo, dedicación, y amor fueron indispensables para el cumplimiento de este logro.

A mi hijo Nicolás y a mi sobrino Luciano Jr. por ser mi inspiración para lograr todas mis metas y objetivos.

EPÍGRAFE.

El placer supremo es obtener lo que se anhela.

Tales de Mileto

AGRADECIMIENTOS:

Primeramente, quiero agradecer a Dios por guiarme en mi camino y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación, a mis padres por haberme dado la vida y ser mi pilar fundamental, a mi esposo Josué, a mi hijo Nicolás, a mis hermanas Maribel y Jazmín, a mi sobrino Luciano Jr., a mis abuelitos Alberto y Digna, y a mis tíos William y Flor por el apoyo incondicional y los consejos que siempre me brindaron para salir adelante y cumplir mis metas.

A la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues, a mis tutores de tesis Dra. Vanessa Montesinos, Dr. Cristian Urgilés y Dra. Cristina Crespo quienes con su experiencia y conocimiento me orientaron y hoy puedo culminar este trabajo.

ÍNDICE

DECLARACIÓN	II
CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	III
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	IV
DEDICATORIA.....	V
EPÍGRAFE.....	VI
AGRADECIMIENTOS:	VII
ÍNDICE	VIII
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT	XII
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
INTRODUCCIÓN.....	2
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2.- JUSTIFICACIÓN	4
3.- OBJETIVOS	5
3.1.- Objetivo General.....	5
3.2.- Objetivos específicos	5
4.- MARCO TEÓRICO.....	6
4.1.- TRAUMATISMOS DENTALES.	6
4.1.1.- DEFINICIÓN	6
4.1.2.- ETIOLOGÍA.....	6
4.1.3.- FACTORES PREDISPONENTES.....	7
4.1.4.- CLASIFICACIÓN	7
4.1.5.- TRAUMATISMOS DE LOS TEJIDOS DUROS	8
4.1.6.- FRACTURAS CORONARIAS	8
4.1.6.1.- FISURAS DEL ESMALTE	8
4.1.6.2.- FRACTURAS DEL ESMALTE	8
4.1.6.3.- FRACTURA AMELODENTINARIA SIN AFECTACIÓN PULPAR	9
4.1.6.4.- FRACTURA AMELODENTINARIA CON AFECTACION PULPAR	9
4.1.7.- FRACTURAS RADICULARES.....	9
4.1.7.1.- FRACTURAS RADICULARES INTRAALVEOLARES	10
4.1.7.2.- FRACTURAS CORONORADICULAR.....	11
4.1.8.- LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES.....	11

4.1.8.1.- LUXACIÓN	11
4.1.8.2.- CONCUSIÓN	11
4.1.8.3.- SUBLUXACIÓN.....	12
4.1.8.4.- LUXACIÓN LATERAL	12
4.1.8. 4.a. - Luxación lateral sin desplazamiento apical:.....	12
4.1.8.4.b.- Luxación lateral con desplazamiento apical:	12
4.1.8.5.- LUXACIÓN INTRUSIVA.....	13
4.1.8.6.- LUXACIÓN EXTRUSIVA	13
4.1.8.7.- AVULSIÓN	14
4.1.9.- LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS	16
4.1.9.1.- LACERACIÓN	16
4.1.9.2.- CONTUSIÓN	17
4.1.9.3.- ABRASIÓN	17
4.2.- ANTECEDENTES.....	18
CAPITULO II.....	21
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	21
1.MARCO METODOLÓGICO	22
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	22
2.a. Criterios de Inclusión.....	22
2.b. Criterios de Exclusión.....	22
3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	22
4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION.....	23
4.1.- Instrumentos documentales.....	23
4.2.- Instrumentos Mecánicos.	23
4.3.- Materiales	23
4.4.- Recursos.....	24
4.4.a. - RECURSOS INSTITUCIONALES	24
4.4.b.- RECURSOS HUMANOS	24
4.4.c.- RECURSOS FINANCIEROS	24
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	24
5.1.-Ubicación espacial.	24
5.2.-Ubicación temporal.	24
5.3.- Procedimientos de la toma de datos.....	24
5.3.a. - Método de examen utilizado por los examinadores	25
5.3.b.- Criterios de registro de hallazgos	25
6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE DATOS.....	25

7.- ASPECTOS BIOETICOS.....	25
CAPÍTULO III	26
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	26
1.RESULTADOS	27
2. DISCUSION.....	37
3. CONCLUSIONES.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	43

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares de 6 a 11 años – Azogues 2019. **MATERIALES Y METODOS:** El presente estudio está enmarcado dentro de un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y de corte transversal, utilizando la técnica de encuesta; la población estuvo conformada por 1500 padres de familia, aplicando la fórmula para el tamaño muestral, y criterios de selección los sujetos de estudio correspondieron a 358 padres de niños en edades comprendidas entre 6 a 11 años de edad matriculados en las escuelas urbanas de la ciudad de Azogues. El análisis estadístico se evidenció en tablas de frecuencia, y la relación entre variables utilizando la prueba de Chi Cuadrado. **RESULTADOS:** El nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en general fue bueno alcanzando un 55%, según grupos de edad, el rango de 31 a 40 años tuvo el mejor nivel, en cuanto a la formación académica, fue la instrucción primaria la que alcanzó el mayor conocimiento, observando sin embargo en esta misma categoría educativa que fue la más numerosa de la muestra, que hay un 17% que no conoce sobre traumatismo dentoalveolar siendo porcentualmente el más alto dentro de los diferentes estratos de formación académica; de acuerdo a la encuesta aplicada la pregunta del ámbito cognitivo que generó mayor conocimiento fue ¿conoce usted las partes que le dan soporte a un diente?; Según el ámbito afectivo, ¿si un niño/a recibe un golpe fuerte en su boca y comienza a sangrar usted llevaría al niño a un centro odontológico? y finalmente en el ámbito praxítico, la pregunta con más respuestas fue si un niño/a recibe un golpe fuerte en su cara y sangra a nivel de su boca usted sabe cómo controlar este sangrado?. **CONCLUSIONES.** El nivel de conocimiento fue bueno según la encuesta aplicada, sin embargo, es necesario recalcar el desconocimiento que tienen los padres de familia ante preguntas que en el momento de una emergencia suelen ser de acciones inmediatas.

PALABRAS CLAVE: Traumatismo Dentoalveolar, Nivel de conocimiento, Trauma Dental., Traumatismo dentario.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge about dentoalveolar trauma in parents of students from 6 to 11 years old- Azogues. **MATERIALS AND METHODS:** The present study is framed within a quantitative, descriptive and cross-sectional approach, using the survey technique; The population was made up of 1500 parents, applying the formula for the sample size, and selection criteria the study subjects corresponded to 358 parents of children between 6 and 11 years of age enrolled in urban schools of the city of Azogues. Statistical analysis was evidenced in frequency tables, and the relationship between variables using the Chi Square test. **RESULTS:** The level of knowledge about dentoalveolar trauma in general was good reaching 55%, according to age groups, the range of 31 to 40 years had the best level, in terms of academic training, it was the primary instruction that reached the greater knowledge, observing, however, in this same educational category that it was the largest in the sample, that there is 17% that it does not know, being the highest percentage among the different strata of academic formation; According to the applied survey, the question of the cognitive field that generated the most knowledge was: do you know the parts that support a tooth ?; According to the emotional field, if a child receives a strong blow to his mouth and begins to bleed, would you take the child to a dental center? and finally in the praxitive field, the question with more answers was if a child receives a strong blow to his face and bleeds at the level of his mouth do you know how to control this bleeding?. **CONCLUSIONS:** The level of knowledge was good according to the applied survey, however, it is necessary to emphasize the ignorance that parents have when faced with questions that are usually immediate actions at the time of an emergency.

KEY WORDS: Dentoalveolar Trauma, Level of knowledge, Dental Trauma.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos dentoalveolares se definen como lesiones de extensión e intensidad variada, de origen accidental o intencional, están dados por fuerzas que se ejercen sobre una pieza dentaria y por ende a los tejidos adyacentes, pudiendo ser observados y diagnosticados a simple vista o mediante una radiografía.¹ Se encuentran dentro de la segunda causa de atención después de la caries, afectando los tejidos blandos como: labios, mejillas, lengua, piso de boca y tejidos duros como: esmalte, dentina, articulación temporomandibular (ATM) y tejido óseo. Esta afección va desde la pérdida de la integridad del diente hasta el desplazamiento parcial o total de su posición anatómica.^{1, 2, 3}

Los traumatismos dentarios se presentan con mayor frecuencia en niños y adolescentes, siendo importante establecer protocolos de manejo clínico al ser casos que deben ser diagnosticados y tratados de forma rápida e inmediata por su gran impacto a nivel funcional, estético, psicológico y social.^{4, 5}

Todas las lesiones traumáticas leves que suceden en niños, afectan a sus familiares en especial si se trata de una lesión facial y/o dental, puesto que, cuando el niño llega a una edad escolar son frecuentes los accidentes por juegos, uso de la bicicleta o simplemente por caídas, mientras que en la etapa de la adolescencia se incrementan los deportes y con ello los accidentes.⁵

El tratamiento es un procedimiento que debe realizarse considerando los protocolos de manejo clínico que conlleven a una rehabilitación total que, a más de devolverle la funcionalidad y estética al paciente, permitan su incorporación temprana a la sociedad.⁶⁻⁷

La importancia de este estudio radica en que los padres de familia deberían tener conocimientos básicos que les permita afrontar cualquier tipo de emergencia relacionada con los traumatismos dentales hasta recibir la atención necesaria en un establecimiento de salud y de esta manera mejorar el pronóstico; por tal motivo el objetivo de la presente investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares de 6 a 11 años de escuelas urbanas de Azogues.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El conocimiento sobre el manejo clínico temprano en traumatismos dentoalveolares es bajo dentro de nuestra población, esto da como resultado que las personas ante un traumatismo no otorguen los adecuados procedimientos, originando posibles secuelas que alteran el desarrollo psico-social de los niños afectando su vida cotidiana^{1,2}, es por esto que se ha decidido investigar si los padres de familia tienen algún tipo de conocimiento acerca de cómo proceder ante un posible traumatismo cuyo pronóstico dependerá de la atención temprana que reciba el paciente, la cual en la mayoría de los casos será responsabilidad de los padres de familia o de los cuidadores cuyo accionar determinará posiblemente el pronóstico a largo plazo de la permanencia de las piezas dentales en la cavidad bucal, posterior a un episodio traumático.

En la ciudad de Azogues no existen antecedentes en la literatura local de estudios científicos que suministren el conocimiento suficiente en la sociedad para proporcionar información que contribuya al buen vivir de las personas mejorando su calidad de vida, en este ámbito.

Este estudio pertenece a la línea de investigación de ciencias médicas y de la salud, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, dentro de un ámbito epidemiológico, mismo que pretende determinar el Nivel de conocimiento sobre la patología de estudio según la edad, el nivel formación académica, la escolaridad del niño, sumado el ámbito práctico, cognitivo y afectivo; en razón de los problemas que se derivan de esta afección.

Por lo tanto, la principal interrogante de esta investigación es:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares de 6 a 11 años Azogues - 2019?

2.- JUSTIFICACIÓN

Las lesiones bucales como los traumatismos dentoalveolares están ocupando el segundo lugar entre los principales problemas de salud a nivel mundial después de la caries, ante un traumatismo generalmente en los niños, son los padres quienes deben intervenir de manera temprana en la aplicación de protocolos de manejo clínico inmediatos que pueden condicionar el pronóstico del traumatismo, motivo por el cual, la presente investigación está dirigida a los padres de familia de escolares de 6 a 11 años de escuelas urbanas encuestadas de la ciudad de Azogues para determinar el grado de conocimiento que presentan ante posibles traumatismos; cabe recalcar que es una investigación original a nivel nacional, debido a que no se cuenta con estudios recientes en los últimos 5 años acerca de la situación de salud bucal de la población.⁵

Este estudio generará un impacto científico al proporcionar datos que presenten la realidad local acerca del nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de familia; con lo que se podrá orientar a procedimientos más cómodos para el paciente.

Por otra parte, tendrá un impacto social al brindar un gran beneficio a toda la ciudadanía de las parroquias urbanas del cantón Azogues; esperando llegar a los padres de familia y también a las autoridades escolares; para que ellos conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública puedan tomar acciones tales como la implementación de unidades de apoyo en las escuelas para tratar estas emergencias.

Es interesante recabar en la necesidad de que, ante estas situaciones emergentes en un grupo tan delicado, existan conocimientos adecuados, que no solo ayuden en el pronóstico de la situación clínica, sino disminuyan el impacto humano que pueden generar estos eventos traumáticos.

3.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares de 6 a 11 años en escuelas urbanas de Azogues.

3.2.- Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares según grupos de edad.
2. Analizar el nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares según su nivel de formación académica.
3. Diferenciar el nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de familia según la escolaridad del niño
4. Analizar el nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de familia según el ámbito cognitivo, afectivo y praxítico.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- TRAUMATISMOS DENTALES.

4.1.1.- DEFINICIÓN

El traumatismo dentoalveolar es una injuria que resulta de un factor externo, el cual afecta a la estructura dentaria, a sus tejidos adyacentes y de soporte; también se definen como lesiones de extensión e intensidad variada, los cuales son de origen accidental o intencional, están dados por fuerzas que se ejercen sobre una pieza dentaria y por ende en los tejidos adyacentes, cuyo diagnóstico se basa en un análisis clínico y radiográfico.³⁻⁴

Estos traumatismos pueden producir fracturas en los dientes, en el hueso, y en los tejidos adyacentes de sostén, desplazando al órgano dental de su posición anatómica original, ocasionando en ciertos casos la pérdida del mismo. Pueden afectar a la dentición temporal y permanente, motivo por el que, deben ser atendidos de manera inmediata por profesionales especialistas en el área, quienes de acuerdo al grado de afectación de las estructuras dentales y de soporte podrán establecer tratamientos de primera intención como es la reimplantación del diente con su respectiva ferulización, pulpotomía en el caso de ser requerida siempre y cuando exista un remanente radicular, otros tratamientos conservadores como ortodoncias o prótesis de cualquier tipo, dependiendo el caso, más aún en niños, donde no es posible realizar cierto tipo de intervenciones, por el tipo de dentición que cursan y por el crecimiento óseo.⁴⁻⁵

4.1.2.- ETIOLOGÍA

Los traumatismos dentales son de naturaleza compleja y están influenciados por diferentes factores, los que incluyen la biología humana, el comportamiento individual y el medio ambiente. La incidencia de las lesiones dentarias llega a su punto máximo justo en la edad escolar y son causadas fundamentalmente durante el juego, práctica de deportes, peleas, accidentes automovilísticos, choques de bicicletas, patines, patinetas, motocicletas, caídas y por cuerpos extraños que golpean las estructuras bucales, también se puede producir por prácticas deportivas en donde se produce el choque ya sea con el puño, codo, donde sobresalen las luxaciones y los traumatismos en general.^{5, 7, 8}

4.1.3.- FACTORES PREDISPONENTES

Son un conjunto de características del paciente que, si no varían o se corrigen, aumentan la predisposición de padecer traumatismos en el área oral, acompañando al niño durante las distintas etapas del recambio dentario pudiendo generar traumas de repetición en la zona, otros factores destacan como la ausencia de sellado labial o la respiración oral y en muchos casos la discapacidad.⁷

Los traumatismos pueden desarrollarse de manera directa, cuando existe un golpe directo de los dientes contra objetos que produzcan lesión o de manera indirecta cuando existe un cierre inmediato y brusco de los maxilares por un golpe en el mentón, produciendo un choque entre las superficies dentarias. El pronóstico de cada caso depende del grado de inmediatez y precisión con el que se diagnostiquen y traten las lesiones de los pacientes, debiendo solicitar suficiente información para brindar una atención adecuada.⁹

4.1.4.- CLASIFICACIÓN

Los tipos de traumatismos dentoalveolares son muy diversos y dependen mucho de la magnitud, fuerza del impacto, dirección, forma de la pieza dentaria y de la severidad del trauma. Tomando en cuenta estas variables puede producirse desde una pequeña fractura de esmalte hasta una fractura complicada con compromiso pulpar. En la actualidad es usada de manera global la clasificación de Andreasen, misma que usaremos en esta investigación; con la ventaja de ser aplicable en la dentición temporal como a la permanente.^{5, 7, 9}

FRACTURAS CORONARIAS	FRACTURAS RADICULARES	LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES	LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS
FISURAS DEL ESMALTE	FRACTURAS RADICULARES INTRAALVEOLARES	LUXACIÓN	LACERACIÓN
FRACTURAS DEL ESMALTE	FRACTURAS CORONORADICULAR	CONCUSIÓN	CONTUSIÓN
FRACTURA AMELODENTINARIA SIN AFECTACIÓN PULPAR		SUBLUXACIÓN	ABRASIÓN
FRACTURA AMELODENTINARIA CON AFECTACION PULPAR		LUXACIÓN LATERAL	
		LUXACIÓN INTRUSIVA	
		LUXACIÓN EXTRUSIVA	
		AVULSIÓN	

4.1.5.- TRAUMATISMOS DE LOS TEJIDOS DUROS

La incidencia de este tipo de patología varía del 4 al 30% en la población en general; los traumatismos dentarios son situaciones de urgencia odontológica en donde se debe atender inmediatamente el problema, pero a pesar de la rapidez con la que sean tratados en la primera visita es necesario realizar un seguimiento del paciente por un largo período de tiempo. Por otro lado, también este tipo de lesiones suelen presentar cambios patológicos sufridos en el esmalte, dentina o cemento, luego de completada la odontogénesis normal.^{10, 11}

4.1.6.- FRACTURAS CORONARIAS

Este tipo de fracturas se presentan cuando la parte afectada es la corona, involucrando solamente al esmalte, esmalte y dentina con o sin compromiso de la cámara pulpar, las cuales constituyen un gran porcentaje de las lesiones traumáticas que comúnmente se dan por deportes de contacto, accidentes de tráfico y laborales.^{10, 11}

4.1.6.1.- FISURAS DEL ESMALTE

Las fisuras se presentan como una grieta en el esmalte que pueden pasar desapercibidas pero que aparecen a la transiluminación, estas no son visibles en la radiografía, aunque se ve una línea radiolúcida que atraviesa la corona, afectan solo a este tejido y se producen principalmente en la región anterior, en el borde incisal o en un ángulo interproximal. No suelen mostrar sensibilidad a las variaciones de temperatura, deshidratación o presión.⁹ Las fisuras no requieren tratamiento, pero si son múltiples, se sella el esmalte con un adhesivo con el fin de impedir las tinciones derivadas del tabaco, alimentos o bebidas, además dependerá de la cantidad de tejido perdido, pudiendo ser suficiente una simple remodelación, pero si afectan al ángulo será necesaria una restauración aliviando la oclusión para evitar una oclusión traumática. Su pronóstico es bueno y la probabilidad de supervivencia tras una fisura del esmalte oscila entre el 97 y el 100%.¹²

4.1.6.2.- FRACTURAS DEL ESMALTE

Este tipo de fractura es la que más común dentro de los traumatismos, cuando es pequeña es muy frecuente que los pacientes no concurran a la consulta, pero muchas veces puede estar complicada con una concusión. Para el correcto diagnóstico se debe realizar la toma de radiografías periapicales para comprobar que no existan zonas de rarefacción apical, fractura radicular o engrosamiento del ligamento periodontal. Cuando se produce una pequeña pérdida del esmalte no es necesario realizar la obturación sino solamente un alisado y pulido de los

bordes con discos de lija y gomas abrasivas los cuales proporcionan una buena estética; pero, si la fractura afecta una porción mayor del esmalte se debe colocar una pequeña capa de resina auto o foto polimerizable a modo de vendaje, no se recomienda realizar inmediatamente la restauración debido al calor que se genera durante el desgaste, sumado a la vibración del instrumento afecta de manera significativa el diente que de por sí esta traumatizado, por lo que se debe esperar aproximadamente tres o cuatro semanas para terminar con la restauración.¹¹

13

4.1.6.3.- FRACTURA AMELODENTINARIA SIN AFECTACIÓN PULPAR

Este tipo de lesión afecta al esmalte y a la dentina, pero sin exposición pulpar, el diente presenta sensibilidad a las variaciones de temperatura, deshidratación y presión, se debe tomar vitalidad pulpar, aunque pueden dar resultados negativos durante un tiempo, para corroborar el diagnóstico se debe realizar la toma de una radiografía de aleta de mordida. En cuanto al tratamiento se realiza una reconstrucción con resina compuesta o una adhesión del fragmento sobre la corona, la cual puede ser usada de manera exitosa, para un pronóstico favorable.^{10, 12}

4.1.6.4.- FRACTURA AMELODENTINARIA CON AFECTACION PULPAR

Afectan al esmalte y la dentina con una profundidad suficiente para dar lugar a una exposición pulpar, presenta sensibilidad a las variaciones de temperatura como el calor y el frío, la respuesta a las pruebas pulpares es positiva a menos que exista una luxación al mismo tiempo. En cuanto al examen radiográfico, este añade información de la etapa del desarrollo radicular o el tamaño de la pulpa ayudando a determinar el tipo de tratamiento a realizar; el cual va encaminado a la conservación de una pulpa vital sin inflamación, separada biológicamente por una barrera continua de tejido.^{10, 12}

4.1.7.- FRACTURAS RADICULARES

La incidencia va del 5 al 7.7 %, esta se presenta frecuentemente en los incisivos superiores en un 75% entre los 10 a 20 años con un predominio en el sexo masculino. El 40% está asociado a lesiones en el hueso alveolar y tejidos blandos mientras que el 45% suele afectar los dientes adyacentes. Este tipo de lesiones pueden ser verticales u horizontales; según su localización, pueden ubicarse en el tercio coronal, medio o apical.^{10, 12}

4.1.7.1.- FRACTURAS RADICULARES INTRAALVEOLARES

Los dientes se presentan con una ligera extrusión, muchas de las veces existen movilidad del fragmento coronal, sensibilidad a la percusión y sangrado procedente del surco además con frecuencia la corona clínica cambiara de color entre marrón y gris, pero los dientes permanecen vitales. La visualización radiográfica suele ser difícil, por lo que deben realizarse varias tomas con diferentes angulaciones verticales, para su correcto estudio Andreasen los ha dividido en 4 categorías según la cicatrización: ¹⁰

1. Fusión calcificante de los fragmentos: Esta se da en el 30 % de los casos, y existe una transición radiopaca entre los fragmentos, similar a la reparación por callo óseo.
2. Banda de tejido conjuntivo entre los fragmentos: Esta se da en el 43% de los casos; en donde existe un espacio radiolúcido estrecho entre los fragmentos.
3. Hueso entre los fragmentos: Se presenta en el 5 % de casos con una lámina dura intacta alrededor de cada fragmento, con depósito de hueso en la diastasis.
4. Tipo de granulación entre los fragmentos: Se da en el 22% de los casos con la presencia de una diastasis más ancha con imagen radiolúcida entre fragmentos.

El tratamiento va encaminado a colocar el fragmento en su posición con una férula semirrígida en caso de movilidad por un máximo de 4 semanas; no es necesario realizar una endodoncia ya que más del 80% de ellos dientes conservan su vitalidad; sin embargo, de ser necesario el tratamiento de conducto en el fragmento coronal se establecen las siguientes técnicas: ^{10, 11, 12}

1. **Tratamiento del fragmento coronal:** Si es ancha la abertura apical el procedimiento será de apicoformación.
2. **Tratamiento del fragmento coronal con extracción del fragmento apical:** Si no hubo curación luego del tratamiento del fragmento coronal, se retira quirúrgicamente el fragmento apical, sellando apicalmente el fragmento coronal mediante una obturación retrograda.
3. **Tratamiento de los fragmentos coronal y apical al mismo tiempo:** Es casi imposible lograr el sellado de forma simultánea; tiene la tasa de éxito más baja.
4. **Extracción del fragmento coronal y tratamiento del fragmento apical:** Una alternativa es la extrusión ortodrómico, previa endodoncia y puede ser necesario un alargamiento de corona clínica dependiendo del nivel de la fractura.^{10, 12}

4.1.7.2.- FRACTURAS CORONORADICULAR

Afectan a esmalte, dentina y cemento, según el caso si existe afección a la pulpa podría ser complicada o no complicada, y normalmente la fractura es oblicua y subgingival. En cuanto al diagnóstico clínico se puede observar como un fragmento desprendido de su sitio, que presenta sintomatología dolorosa a la masticación. En el diagnóstico radiográfico es complicado que se consiga proyectar para que el haz de rx pase exactamente por la línea de fractura. Y tomando en cuenta el tipo de fractura se tiene una alternativa de tratamiento como es la extracción del fragmento coronal. Si este llega a ser superficial se puede reinsertar las fibras periodontales y formar de nuevo cemento, y si es profunda se puede realizar una gingivectomía. Por otro lado cuando la fractura llega a ser complicada se determina por el nivel de fractura, si abarca más de un tercio de la raíz se realiza una extracción y si abarca menos de un tercio se retira los fragmentos y se procede a realizar una endodoncia; este tipo de fracturas representan el 5% siendo los incisivos centrales superiores los más afectados. Por otro lado, también pueden afectar a premolares y molares con tratamiento endodóntico.^{10, 11}

4.1.8.- LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

4.1.8.1.- LUXACIÓN

Es una lesión o una dislocación del diente por algún tipo de traumatismo que afectara la posición fisiológica de la pieza dentaria además altera la inervación y paquete vascular pulpar, esta constituye del 22 al 61% de las lesiones dentarias, siendo el diente más afectado el incisivo central superior. Causado por accidentes ocasionados por bicicletas, caídas e impactos, golpes o peleas, siendo comunes en niños. Al realizar el examen intraoral se observa un cambio de tonalidad a gris, acompañada de la ausencia de vitalidad dental debido a que los vasos sanguíneos se rompen al momento del impacto y por ende no existe circulación sanguínea. Un tratamiento a elección sería dependiendo el estado de la pieza dentaria, si el diente no está fuera por completo de su alveolo se podrá utilizar una técnica de adhesión la cual consiste en ferulizar por 5 a 6 semanas, y cuando este fuera de su alveolo por completo se puede reimplantar y realizar la endodoncia.^{9- 10}

4.1.8.2.- CONCUSIÓN

En este tipo de lesión el traumatismo no tuvo la intensidad suficiente para provocar la ruptura del ligamento periodontal y el diente se encuentra en su posición normal sin ninguna movilidad anormal, pero si puede mostrar sensibilidad a la percusión o a la masticación; al principio puede

no responder a las pruebas de sensibilidad pulpar y a la imagen radiográfica se manifiesta un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal que puede localizarse solo en la porción apical y desaparecer después de un tiempo dependiendo de la intensidad del estímulo. En la mayoría de los casos no está indicado el tratamiento del conducto radicular y no se recomienda ferulización.¹²

4.1.8.3.- SUBLUXACIÓN

Esta se produce cuando el impacto sobre el diente es de mayor intensidad, pero aún permanece en su posición original, sin embargo, existe cierta movilidad y alguna sensibilidad a la palpación por vestibular de la apófisis alveolar, además es muy probable que el diente sienta sensibilidad a la percusión y a la masticación, acompañado de un ligero sangrado en el surco que lo rodea. Al examen radiográfico se detecta un ensanchamiento leve del espacio periodontal, especialmente en las zonas laterales de la raíz dentaria. No existe una terapia local inmediata, por lo que se aconseja el cuidado de la armonía oclusal y la prescripción de un antiinflamatorio; en la mayoría de los casos no requiere ferulización excepto si existe un grado de movilidad exagerado en donde se aconseja una contención semirrígida por dos semanas.¹¹

4.1.8.4.- LUXACIÓN LATERAL

El diente se desplaza hacia vestibular, lingual o palatino, pero la zona cervical está alineada con los dientes adyacentes, porque no existe desplazamiento vertical, en la mayor parte de traumas están afectados dos o más dientes y es raro una luxación lateral pura. Radiográficamente se observa un ensanchamiento del ligamento periodontal mayor del lado del impacto.¹⁴

4.1.8. 4.a. - Luxación lateral sin desplazamiento apical:

La parte apical permanece en su localización original dentro del alveolo con presencia de sangrado en el surco, a la palpación habrá un contorno normal de la apófisis alveolar y a la percusión originara un sonido normal o ligeramente sordo, además existe gran probabilidad de que el paquete basculo nervioso se encuentre intacto, por otro lado, los dientes pueden no responder a las pruebas de sensibilidad en un principio, durante semanas e incluso meses.¹⁴

4.1.8.4.b.- Luxación lateral con desplazamiento apical:

El diente se queda anclado firmemente en su nueva posición y a la percusión provocara un sonido metálico sordo, a palpación de las tablas del hueso alveolar se puede sentir la nueva

localización del ápice, pudiendo existir sangrado excesivo en el alveolo donde se ha desplazado la porción apical de la raíz, además se evidencia un ensanchamiento del ligamento alrededor de la porción media y coronal de la raíz por lo que habrá una alta probabilidad de daño del paquete vasculonervioso.¹⁴

El tratamiento de urgencia consiste en reposicionar el diente con el menor traumatismo posible sobre el ligamento periodontal, previa administración de anestesia local, sin vasoconstrictor. Los dientes con desplazamiento lateral pero no apical, requieren ferulización flexible de 7 a 10 días y en caso que sea necesario no debe iniciarse el tratamiento endodóntico en la primera cita sino de 7 a 10 días. Además, debe prescribirse analgésicos adecuados, métodos de higiene oral y enjuague con clorhexidina al 0,12% dos veces al día durante una semana. La doxiciclina puede tener efecto beneficioso sobre la reducción de la reabsorción radicular.¹⁴

4.1.8.5.- LUXACIÓN INTRUSIVA

Es el desplazamiento del diente hacia el hueso alveolar en el fondo del alveolo dentario, se acompaña a veces de una fractura de la cavidad, a la percusión se escucha un sonido metálico agudo y no presenta movilidad, en cuanto a la sensibilidad pulpar, esta no tendrá respuesta en desplazamientos mínimos, y en el caso de una necrosis se puede realizar una revascularización pulpar en dientes inmaduros. Por otro lado, radiográficamente se aprecia la ausencia total o parcial del ligamento periodontal, para descartar los movimientos se pueden hacer tomas oclusales, periapicales o de lateralidad desde mesial o distal. En cuanto al tratamiento tenemos varias opciones como es la erupción espontánea que es la primera elección en dentición permanente en una intrusión mínima a moderada, la produce menos complicaciones al periodonto; también podemos utilizar métodos como la reposición ortodóntica o la quirúrgica. Finalmente, el paciente deberá seguir ciertas instrucciones tales como dieta blanda durante 1 semana, buena higiene oral con cepillados suaves tres veces al día y enjuague con clorhexidina al 0.1% dos veces al día por una semana para evitar el acumulo de placa y restos de alimentos.^{10,}

11

4.1.8.6.- LUXACIÓN EXTRUSIVA

El diente se afloja y sobresale de su alveolo en comparación con los dientes adyacentes, por lo que es importante confirmar si todo el diente se ha extruido o si es únicamente el fragmento coronal derivado de una fractura radicular. La respuesta de la pulpa a las pruebas de vitalidad dependerá del porcentaje de extrusión y se debe preguntar si se ha recolocado el diente en su alveolo antes de la visita al dentista. En la RX se observa un incremento del espacio periodontal

en la región apical, por lo que el diente debe recolocarse con suavidad en el alveolo y se procede a realizar una ferulización flexible de 7 a 10 días. Por último, se debe prescribir analgésicos y enjuague con clorhexidina al 0,12% dos veces al día durante al menos una semana.^{10, 11}

4.1.8.7.- AVULSIÓN

Situación clínica en la que el diente sale por completo de su alveolo tras un impacto traumático, de todos los traumatismos es la más grave, en cuanto a su etiología y epidemiología entre el 1 y 16% de los traumatismos dentarios los incisivos centrales superiores son los más afectados, debido a actividades deportivas, ocio y accidentes de tránsito, el grupo de edad más afectado es el 7 a 10 años. Se observa el alveolo solo sin su diente correspondiente, el cual a veces puede estar alojado en los tejidos blandos adyacentes, por lo que se debe evaluar el área de la avulsión y determinar si hay fractura del reborde alveolar correspondiente.^{10, 11}

Tratamiento en dentición permanente

En el lugar de la lesión: El objetivo es reimplantar el diente en su alveolo lo antes posible, se debe conservar la pieza dental en un medio de transporte como la solución salina, leche o solución fisiológica, si no se dispone de ninguno de ellos, se colocará el diente en el vestíbulo bucal, además se debe evitar alterar la temperatura del medio de transporte.¹¹

En la consulta: Si el diente no fue reimplantado y se conservó en un medio adecuado debe mantenerse en el mismo mientras se realizan las evaluaciones clínicas, si no, se colocará en el mejor medio de conservación, se lavará el alveolo con solución salina estéril, y si han colapsado las paredes, se reposicionará con un instrumento romo. Hay cuatro opciones terapéuticas:¹⁰

1. Tiempo fuera del alveolo en seco inferior a 1 hora o conservado en un medio adecuado con ápice cerrado. Se debe reimplantar el diente lo antes posible eliminando los residuos con un chorro de solución salina.
2. Tiempo fuera del alveolo en seco inferior a 1 hora o conservado en medio adecuado con ápice abierto: Debemos sumergir el diente en una solución de doxiciclina antes de la reimplantación.
3. Tiempo fuera del alveolo en seco superior a 1 hora con ápice cerrado: En este caso se debe raspar la capa de células muertas y restos del ligamento periodontal; sumergir en fluoruro de estaño al 2% por 5 minutos antes de la reimplantación sin embargo el pronóstico en éstos casos no es favorable.

4. Tiempo fuera del alveolo en seco superior a una hora con ápice abierto: Este caso tiene el peor de los pronósticos y se debe realizar el tratamiento endodóntico antes de reimplantar la pieza dentaria.¹⁰

Los dientes reimplantados deben recibir ferulización semiflexible por 7 a 10 días y no se debe iniciar el tratamiento endodóntico en la cita de urgencia, sino en un mínimo de 2 semanas. Si se coloca hidróxido de calcio entre los 7 y 10 días y no hay signos de infección, ni reabsorción radicular, la obturación se hará 1 a 2 semanas después, pero si no, la pasta fluida debe cambiarse por una más espesa hasta que los signos hayan cedido.¹¹

La profilaxis antitetánica debe indicarse en casos de lesiones de tejidos blandos o en dientes avulsionados contaminados, se debe recomendar una buena higiene oral, colutorios de clorhexidina al 0,12% dos veces al día, durante al menos una semana o mientras este la férula colocada.^{10, 11}

Tratamiento en dentición temporal

No está recomendada la re inserción de los dientes temporales avulsionados. En el examen inicial es importante hacer el recuento de todos los dientes avulsionados. Si no se hace, es altamente recomendable realizar un examen radiográfico para asegurar que el caso de dientes perdidos no sea un caso de intrusión completa o de fractura radicular con pérdida del fragmento coronal. Si no se han encontrado los dientes avulsionados, debe referirse el paciente a un servicio de pediatría para que se pueda descartar una aspiración del diente.¹⁰

Entablillado

La férula se usa solo para fracturas de hueso alveolar y posiblemente para fracturas de raíz intraalveolar.¹⁰⁻¹¹

Instrucción a los padres

Dieta blanda durante 1 semana. Que haya un buen proceso de curación después de un traumatismo alveolo dentario depende, en parte, de una buena higiene oral. Informar a los padres sobre la probabilidad de que aparezcan complicaciones en el desarrollo del diente sucesor permanente, especialmente en los casos de avulsión en niños por debajo de los 3 años de edad. Además informar a los padres y cuidadores sobre el cuidado del diente / dientes lesionados y la prevención de lesiones adicionales mediante la supervisión de actividades potencialmente peligrosas. Se recomienda cepillarse con un cepillo suave y usar gluconato de

clorhexidina al 0,1% sin alcohol tópicamente en el área afectada con hisopos de algodón dos veces al día durante 1 semana para evitar la acumulación de placa y desechos.¹⁰

Seguimiento

Control clínico después de una semana y controles clínicos y radiológicos a los 6 meses y un año. Posteriormente, controles clínicos y radiológicos anuales hasta la erupción del sucesor permanente.¹⁰

Uso de antibióticos.

El uso de antibióticos queda a discreción del médico ya que los TD a menudo van acompañados de tejidos blandos y otras lesiones relacionadas que pueden necesitar de una intervención quirúrgica significativa. Además, el estado médico del niño puede justificar la cobertura de antibióticos. Siempre que sea posible, comuníquese con el pediatra que puede darle recomendaciones para una afección médica específica. Además realizar Pruebas de sensibilidad y percusión aunque estas no son confiables en los dientes primarios debido a los resultados inconsistentes¹⁰⁻¹¹

Pronóstico

Un diente avulsionado tratado de forma apropiada y oportuna tendrá muchas probabilidades de sobrevivir con una tasa media de supervivencia con un determinado tiempo de observación. Se debe abordar el pronóstico con el paciente y/o sus padres.¹⁰

4.1.9.- LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS

4.1.9.1.- LACERACIÓN

Desgarro del tejido dejando una herida superficial o profunda generalmente causada con un objeto afilado. El tratamiento inmediato es colocar anestesia local, limpieza con suero fisiológico o agua oxigenada, eliminación de posibles cuerpos extraños, control de la hemorragia y sutura por planos.¹³

4.1.9.2.- CONTUSIÓN

Hemorragia del tejido subcutáneo sin laceración del tejido epitelial, causada generalmente por un objeto sin filo que golpea al tejido. Se encuentra acompañada por un hematoma de la mucosa. El tratamiento se basa principalmente en lavar cuidadosamente el área con suero fisiológico o agua tibia, y realizar un seguimiento oportuno hasta la mejoría del paciente.¹⁴

4.1.9.3.- ABRASIÓN

Es una herida superficial en donde el tejido epitelial es frotado o raspado dejando una superficie sangrante y cruenta. El tratamiento en este caso es similar a la lesión anterior, la limpieza se puede realizar también con agua oxigenada.¹⁴

4.2.- ANTECEDENTES

Zari A y cols. (2018) Loja, Ecuador realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y actitud de los profesores y padres de familia frente a un traumatismo dentoalveolar en las escuelas de la Ciudad de Loja; para lo cual 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. Según los resultados 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.¹⁵

Oliveira J y cols. (2018) Manabí, Ecuador realizaron un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, con la finalidad de determinar las características epidemiológicas de los traumatismos dentales en niños de 5 a 13 años de edad; la población de estudio estuvo conformada por 52 niños, que acudieron a consulta diagnosticados con traumatismos dentales. Según los resultados obtenidos predominó el sexo masculino entre 8 y 10 años de edad, siendo el resalte aumentado y la incompetencia bilabial los factores predisponentes con mayor prevalencia, donde la fractura no complicada de corona fue la lesión más marcada, desencadenados por la práctica de deportes. Los traumatismos dentales fueron considerados una situación de urgencia a diagnosticar y tratar de forma rápida y certera por el odontólogo.¹⁶

More L y cols (2018) La Habana, Cuba realizaron un estudio descriptivo, trasversal con el objetivo de describir el nivel de conocimiento sobre traumatismos dentarios en docentes del municipio Habana del Este; la población estuvo integrada por 151 docentes de círculo infantil, escuela primaria y secundaria básica del reparto "Camilo Cienfuegos", durante el período septiembre de 2016 a junio de 2017. Según los resultados obtenidos los docentes presentan poca información sobre trauma dental 68,2 %, lugar donde buscará ayuda predominó el dentista 64,9%, el tiempo ideal para buscar atención fue en el plazo de 30 minutos 58,3%, el diente avulsionado debe colocarse en un líquido 37%, desconocen el lugar más frecuente para transportar el diente avulsionado 30,5%.¹⁷

Parra S y cols (2017) Holguín, Cuba realizaron un estudio observacional de tipo transversal con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre la conducta a seguir ante los traumatismos dentoalveolares en padres y educadores de los escolares; el universo de estudio fue conformado por 157 padres y educadores de los cuales se seleccionó una muestra de 46 personas a través de un muestreo aleatorio simple; luego de esto se aplicó una encuesta. Según los resultados el 52% de los encuestados presentaban un nivel de conocimiento regular, el 41,3% de los de 15 a 25 años poseían un nivel de conocimiento regular y que el 17,4% de los que tenían nivel medio superior de escolaridad presentaba un nivel de conocimiento bueno. Se constató que el 67,4% poseía un conocimiento insatisfactorio sobre qué hacer ante una avulsión dentaria.¹

Pérez M y cols. (2017) Matanzas, Cuba realizaron un estudio descriptivo y transversal en la población del Área de Salud Pueblo Nuevo, Policlínico Docente “Carlos Verdugo” en el período comprendido del 2009 al 2014 con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos de pacientes con traumatismos dentales. La población estudiada fue de 215 pacientes que acudieron a consulta de urgencia, con traumatismos en dientes anteriores. Según los datos de los resultados la mayor afectación se dio en el sexo masculino (65,1 %), así como mayor frecuencia de traumatismos en dientes permanentes que en dientes temporales. La escuela y el estomatólogo fueron las principales fuentes de información acerca del tema (7 % en ambos casos). El nivel de conocimientos que predominó fue el bajo (83,7 %).³

Delgado L y cols. (2017) La Habana, Cuba realizaron un estudio transversal descriptivo entre enero de 2015 y enero de 2016 con el objetivo de evaluar el trauma dentoalveolar; se contó con un universo compuesto por 32 pacientes luego de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión. Se usaron estadísticas descriptivas para el resumen de la información que fue número y porcentaje. El factor predisponente más frecuente fue la protrusión dentoalveolar (34,4%). Los dientes más afectados fueron los incisivos maxilares (84,4%), dominando la fractura coronaria no complicada (53,1%). La mayoría de los pacientes tenían dentición mixta (65,6%).¹⁸

Soto L y cols. (2016) La Habana, Cuba realizaron estudio descriptivo, transversal con el objetivo de describir los traumatismos dentales en incisivos en niños de 6 a 12 años de edad en una Escuela Primaria, los seleccionados fueron 20 escolares con traumatismo de incisivos superiores. El 90% tenía fracturas no complicadas de corona, 70% de los traumas fueron causados por caídas, 60% ocurrió en el hogar y 80% no recibió tratamiento.⁵

Irua F y cols. (2016) Quito, Ecuador realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, con el objetivo de analizar el nivel de conocimiento sobre los traumatismos

dentoalveolares en profesores de nivel primario y padres de familia de la Unidad Educativa experimental Eloy Alfaro, en donde se tomó una muestra de 281 padres y profesores a los cuales se les aplicó una encuesta que consta de 18 preguntas, destinadas a obtener información. El nivel de conocimiento sobre el traumatismo dentoalveolar es bajo calificando en las tres escalas cognitivo, afectivo y praxitivo.¹⁹

Batista T y cols. (2016) Holguín, Cuba realizaron una revisión bibliográfica en las bases de datos de PubMed, de INFOMED y EBSCO; utilizando trauma dental como descriptor, también se revisaron revistas médicas nacionales e internacionales en INFOMED, así como libros de texto, el total de consultas fue de 28 publicaciones. Se describieron los aspectos esenciales y actuales de los traumatismos en cuanto a prevalencia e incidencia, clasificación, etiología, factores predisponentes, localización, tipo de lesión, pronóstico y alteraciones de los dientes en desarrollo. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que los factores predisponentes principales encontrados fueron la mordida abierta anterior, la vestibuloversión de los incisivos superiores y la incompetencia bilabial; los traumatismos dentarios se presentan más frecuentes en el sexo masculino y en las edades de 8 a 12 años y en los incisivos centrales superiores; por último la mayoría de los estudios señalaron que la lesión más frecuente en la dentición permanente es la fractura no complicada de corona, seguida de la infractura del esmalte.¹⁴

Quiñonez M y cols. (2014) La Habana, Cuba realizaron un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar el comportamiento de los traumatismos dentarios en niños de 9 años deportistas del área "Ciro Frías" desde febrero de 2011 hasta febrero de 2012. El universo estuvo constituido por 57 niños y se utilizó un formulario de datos creado por los autores y validado por un comité de expertos; se realizó examen bucal y facial; se vaciaron los datos y se procesaron utilizando estadística descriptiva. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, deporte, momento del traumatismo, dientes lesionados, localización en la arcada, tipo de trauma dentario, etiología, asistencia al estomatólogo y tratamiento. Según resultados obtenidos los niños que más traumatismos dentarios presentaron fueron los de 12 a 14 años (45,6 %) y el sexo más afectado fue el masculino (77,2 %). Los traumas ocurrieron principalmente fuera del entrenamiento (61,4 %) y el deporte con más niños afectados fue el Karate (19,3 %). Los dientes más dañados fueron los incisivos centrales superiores (62,9 %). La fractura no complicada de la corona (32,3 %) fue la lesión más acentuada. La etiología principal de los traumas fue la práctica de deportes (36,8 %). El 68,4 % de los niños no recibieron tratamiento.¹²

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Cuantitativo

Diseño de Investigación: Descriptivo

Temporalidad: transversal

Tipo de Investigación: Observacional

Ámbito: De Campo

Técnicas: Cuestionario, Encuesta.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fue de 1500 padres, para la determinación del tamaño muestral se utilizó el programa de acceso libre Open Epi (Anexo No. 1) correspondiendo para esta población al 95% de confiabilidad 306 sujetos de estudio. Luego de aplicar los criterios de selección la muestra final representativa quedó conformada por 358 padres de familia, el proceso para la selección de los mismos fue de manera aleatoria.

2.a. Criterios de Inclusión

Se incluyeron en el estudio todos los padres de familia de los escolares de primero a séptimo, que deseen participar, firmen el consentimiento informado y sean colaboradores.

2.b. Criterios de Exclusión

Se excluyeron todos los padres de familia que no desearon colaborar con el estudio.

3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR	Aprendizaje adquirido que poseen las personas con respecto al traumatismo dentoalveolar.	Conoce o no conoce aspectos del TDA	Encuesta	Cualitativo	Nominal -Praxitivo Cognitivo -Afectivo

EDAD	Periodo de tiempo que transcurre desde el nacimiento de un individuo.	Grupos de edad establecidos	Formulario	Cuantitativa	Continua
NIVEL DE FORMACION ACADEMICA	Tiempo de estudio adquirido por los padres de familia Mejore la definición	Niveles de instrucción	Encuesta	Cualitativo	Nominal Primario Secundario Universitario posgrado
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Escala de estudio alcanzada por un individuo hasta la fecha	Conocimiento adquiridos por años de estudio	Encuestas	Cualitativo	Nominal

4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

4.1.- Instrumentos documentales

La presente investigación se realizó mediante el manejo de una encuesta aplicada a los padres de familia de las escuelas urbanas del Cantón Azogues; misma que fue previamente aprobada por las autoridades universitarias.

4.2.- Instrumentos Mecánicos.

Se utilizó una computadora portátil Hp.

4.3.- Materiales

- Material de escritorio
- Fichas
- Encuestas

4.4.- Recursos

4.4.a. - RECURSOS INSTITUCIONALES

Oficios dirigidos por parte de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues hacia la Dirección de Educación y a las escuelas urbanas del Cantón Azogues

4.4.b.- RECURSOS HUMANOS

- Examinador
- Tutores

4.4.c.- RECURSOS FINANCIEROS

- Autofinanciados

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1.-Ubicación espacial.

Las Unidades Educativas UNE, MANUEL MUÑOZ Y LUIS CORDERO se encuentran ubicadas dentro del centro Austral de la República del Ecuador en la ciudad de Azogues, capital de la provincia del Cañar, cuenta con 85 mil habitantes, su temperatura va de 8 a 12 grados centígrados en invierno y de 12 a 25 grados en verano. La superficie de área urbana de Azogues es de 60.94 kilómetros cuadrados respectivamente, cuentan con una amplia cobertura de servicios básicos, y se encuentran a 2540 metros sobre el nivel del mar.²⁰

5.2.-Ubicación temporal.

La investigación se realizó entre los meses de mayo a julio del año 2019, recolectando datos de los estudiantes matriculados en el año lectivo 2018 – 2019.

5.3.- Procedimientos de la toma de datos.

Previo a la aplicación de la encuesta se solicitó el respectivo permiso mediante un oficio dirigido a la Directora de Educación y a cada uno de los directores de las escuelas encuestadas, pidiendo realizar una reunión con los padres de familia para mediante una charla explicar el procedimiento a realizar; así mismo se entregó el consentimiento informado; (Anexo 4), mismo que luego se receptara con su respectiva firma, por último se aplicara la encuesta a cada uno de los padres

de familia con preguntas basadas en los ámbitos práctico, afectivo y cognitivo reflejando resultados disfuncionales en un sí o un no, luego de esto se procedió a la tabulación de los datos

5.3.a. - Método de examen utilizado por los examinadores

Primeramente, se realizó la solicitud desde el departamento de investigación de la universidad, luego se enviaron a la dirección de educación en donde nos dieron la autorización para ingresar a los establecimientos educativos (Anexo 5). Una vez en las escuelas se realizaron las encuestas a cada uno de los padres de familia, y ellos firmaban los consentimientos, cabe recalcar que muchos padres de familia no prestaron la atención debida ya que se encontraban realizando mingas de limpieza por fin de año. El nivel de conocimiento se estableció según el porcentaje encontrado en las tablas luego de revisadas cada una de las preguntas de la encuesta. Las preguntas de la encuesta se encuentran en el Anexo 2 y 3.

5.3.b.- Criterios de registro de hallazgos

Al realizar la revisión de cada una de las encuestas, se procedió a consignar los datos en la base de datos, para su posterior evaluación.

6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE DATOS

Se realizó la creación de una base de datos con el pertinente diccionario en el programa Microsoft Excel 2013; mismo que fue utilizado también para el análisis estadístico obteniendo tablas de frecuencias absolutas y relativas, en la estadística inferencial con el fin de establecer relación entre las variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson; el estudio contó con una confiabilidad del 95% y un valor p^* de significancia menor a 0,05.

7.- ASPECTOS BIOETICOS

El presente estudio no implicó aspectos bioéticos, ya que lo único que se realizó fue una encuesta a los padres de familia, y además se contó con el permiso del departamento de investigación de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues y los consentimientos informados firmados por parte de los participantes.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.RESULTADOS

Tabla No. 1 Distribución de la muestra según sexo en padres de familia.

n = 358

Sexo	n	%
Masculino	82	22.91
Femenino	276	77.09
Total	358	100.00

N Frecuencia Absoluta

% Porcentaje

Interpretación de la Tabla: En la distribución según sexo, se obtuvo un predominio en el sexo femenino.

Tabla No. 2 Distribución de la muestra según grupos de edad

n = 358

Edad	n	%
20-30	58	16.20
31-40	150	41.90
41-50	90	25.14
Más de 50	60	16.76
Total	358	100.00

N Frecuencia Absoluta
% Porcentaje

Interpretación de la Tabla: En la distribución de la muestra según grupos de edad, obtuvo un predominio el rango de edad de 31 a 40 años.

Tabla No. 3 Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares

n= 358

Opción	n	%
Si Conoce	197	55
No Conoce	161	45
Total	358	100

N

Frecuencia Absoluta

%

Porcentaje

Interpretación de la Tabla: El nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres, obtuvo un predominio la opción SI Conoce.

Tabla No. 4 Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares según sexo.

n= 358

Opción	Femenino		Masculino		p*
	n	%	n	%	
Si Conoce	154	43	43	12	0.15
No Conoce	122	34	39	11	
Total	276	77	82	23	

N Frecuencia Absoluta

% Porcentaje

Interpretación de la Tabla: El nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres según el sexo, obtuvo un predominio la opción Si Conoce en ambos sexos, con un valor p* de 0.15 mismo que no representa significancia estadística.

Tabla No. 5 Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares según edad.

n= 358

Opción	20 a 30		31 a 40		41 a 50		Más de 50		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Si Conoce	35	10	92	26	54	15	35	10	0.2
No Conoce	23	7	58	16	36	10	25	7	
Total	58	16	150	42	30	25	60	17	

N Frecuencia Absoluta

% Porcentaje

Interpretación de la Tabla: El nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres según la edad, obtuvo un predominio la opción SI Conoce en el rango de edad de 31 a 40 años, con un valor p* de 0.2 mismo que no representa significancia estadística.

Tabla No. 6 Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de familia según la escolaridad del niño

n=358

Escolaridad	Primero		Segundo		Tercero		Cuarto		Quinto		Sexto		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Si Conoce	47	13	57	16	19	5	24	7	21	6	47	13	0.3
No Conoce	29	8	35	10	15	4	16	4	15	4	33	9	
Total	76	21	92	26	34	9	40	11	36	10	80	22	

N Frecuencia Absoluta

p* Significancia Estadística Prueba X² de Pearson

Interpretación de la Tabla: El nivel de conocimiento de los padres de familia sobre traumatismo dentoalveolar según el nivel de escolaridad, obtuvo el predominio más alto el Si Conoce en el segundo grado, con un valor p* de 0.3 mismo que no representa significancia estadística.

Tabla No. 7 Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares según su nivel de formación académica.

n = 358

	Primaria		Bachiller		Superior		Postgrado		Ninguna		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Si Conoce	92	26	61	17	41	11	16	5	6	2	0.2
No Conoce	60	17	42	12	25	7	12	3	3	1	
Total	152	42	103	29	66	18	28	8	9	3	

N Frecuencia Absoluta

p* Significancia Estadística Prueba X² de Pearson

Interpretación de la Tabla: El nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares según su nivel de formación académica, obtuvo un predominio el Si Conoce en el nivel primaria, con un valor p* de 0.2 mismo que no representa significancia estadística.

Tabla No. 8 Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de familia según el ámbito cognitivo.

ÁMBITO COGNITIVO	Si	%	No	%	Total
1. Conoce usted las partes que le dan soporte a un diente?	269	75.14	89	24.86	100.00
2. Sabe usted que es un trauma dentoalveolar?	244	68.16	114	31.84	100.00
3. Conoce los beneficios que le da el saber manejar un TD?	209	58.38	149	41.32	100.00
4. Cree usted que exista la posibilidad de que un diente que haya salido de la boca pueda volver a ser colocado en su sitio?	162	45.25	196	54.75	100.00
5. Usted considera importante el tiempo transcurrido entre el accidente dentario y la atención profesional?	222	62.01	136	37.99	100.00
6. Tiene usted conocimiento que un trauma dentoalveolar podría causar una infección a largo plazo?	217	60.61	141	39.39	100.00

Interpretación de la Tabla: El nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares según el ámbito cognitivo, obtuvo un predominio en el ítem Si en la pregunta; “conoce usted las partes que le dan soporte a un diente”, frente al ítem No que predominó en la pregunta; “cree usted que exista la posibilidad de que un diente que haya salido de la boca pueda volver a ser colocado en su sitio”.

Tabla No. 9 Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de familia según el ámbito afectivo.

ÁMBITO AFECTIVO	Si	%	No	%	Total
7. Si un niño/a recibe un golpe fuerte en su boca y comienza a sangrar usted llevaría al niño a un centro odontológico?	271	75.70	87	24.30	100.00
8. Cree usted que los niños con dientes fracturados pueden bajar su autoestima a comparación de un niño que no tiene ningún problema en sus dientes?	219	61.17	139	38.83	100.00
9. Cree usted que se debería hacer un seguimiento a un diente que ha sufrido un trauma dentoalveolar?	237	66.20	121	33.80	100.00
10. Considera usted que está capacitado para enfrentar un accidente de trauma dentoalveolar?	191	53.35	167	46.65	100.00
11. Considera usted que es necesario educarse en el manejo inmediato sobre trauma dentoalveolar?	237	66.20	121	33.80	100.00
12. Usted estaría dispuesto a capacitarse en el manejo de que hacer en caso de un accidente que involucre dientes?	248	69.27	110	30.73	100.00

Interpretación de la Tabla: El nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares según el ámbito afectivo, obtuvo un predominio en el ítem Si en la pregunta “si un niño/a recibe un golpe fuerte en su boca y comienza a sangrar usted llevaría al niño a un centro odontológico”, frente al ítem No que predominó en la pregunta; “considera usted que está capacitado para enfrentar un accidente de trauma dentoalveolar”.

Tabla No. 10 Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de familia según el ámbito praxitivo.

ÁMBITO PRAXITIVO	Si	%	No	%	Total
13. Si un niño/a recibe un golpe fuerte en su cara y sangra a nivel de su boca usted sabe cómo controlar este sangrado?	244	68.16	114	31.84	100.00
14. En una situación en la que un niño/a cae por las escaleras en el cual recibe un golpe fuerte ocasionando que se caiga un diente de su boca, usted botaría ese diente?	197	55.03	161	44.97	100.00
15. En una situación en la que un niño se tropieza contra un muro y se golpea su cabeza – boca y su diente sale entero, usted cree que puede volver a su sitio?	191	53.35	167	46.65	100.00
16. Si usted ha decidido volver al diente a su sitio, pero ese había caído al suelo y se cubre de tierra. Cree usted que solo lavarle con agua brevemente es suficiente para evitar dañar las estructuras del diente?	167	46.65	191	53.35	100.00
17. Considera usted que para que el diente se mantenga en buenas condiciones es importante mantenerlo en leche o agua hasta llegar donde el odontólogo?	159	44.41	199	55.59	100.00
18. Un niño/a recibe un golpe fuerte en su boca y se cae una de sus partes, usted podría ver si el diente salió entero o esta roto en algunas partes?	197	55.03	161	44.97	100.00

Interpretación de la Tabla: El nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares según el ámbito praxitivo, obtuvo un predominio en el ítem Si en la pregunta; “si un niño/a recibe un golpe fuerte en su cara y sangra a nivel de su boca usted sabe cómo controlar este sangrado”, frente al ítem No en la pregunta; “considera usted que para que el diente se mantenga en buenas condiciones es importante mantenerlo en leche o agua hasta llegar donde el odontólogo”.

2. DISCUSION

El presente estudio fue realizado con el fin de investigar sobre el nivel de conocimiento de traumatismo dentoalveolar en padres de escolares de las escuelas urbanas encuestadas de la ciudad de Azogues. La población de estudio fue de 1500 padres de familia; que posterior a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, la muestra final quedó conformada por 358 padres.

Las variables utilizadas en este trabajo fueron el nivel de conocimiento de padres de los escolares según el rango de edad, el nivel de formación académica, y finalmente el grado de escolaridad del niño en el ámbito cognitivo, afectivo y praxítico.

Primeramente se realizó una distribución muestral sobre el nivel de conocimiento de esta patología según el sexo, donde se obtuvo el predominio del sexo femenino con un total de 276 padres que representa un 77.09%, frente al sexo masculino que conto con un total de 82 que da un 22.91%; debemos citar que estos resultados difieren con los encontrados por Delgado¹⁸ (2017) con 62.5%, Perez³ (2017) 65,1%, Batista¹⁴ (2016) más del 50%, Soto⁵ (2014) 70% y Quiñonez¹² (2014) 77.2%; ya que en estos estudios el valor más alto se presento en el sexo masculino.

Según el nivel de conocimiento, los resultados evidenciaron un total de 197 (55%) que presentaron un mayor conocimiento sobre los traumatismos dentoalveolar frente a 161 (45%) que no conocen sobre esta patología; de esta distribución en el sexo femenino Si Conoce 154 (43%) y del sexo masculino 43 (12%); por otro lado, existe un desconocimiento por parte de 122 (34%) mujeres y de 39 (11%) varones.

Además de acuerdo al nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares según grupos de edad, obtuvo un predominio el rango de edad de 31 a 40 años con un total de 92 que representa el 26%, seguido por el rango de 41 a 50 con un total de 54 padres representando un 15%, y el rango más bajo fue de 20 a 30 y más de 50 con un total de 35 que es el 10% en cada rango. Esto datos difieren con los encontrados por Delgado¹⁸ (2017), Batista¹⁴ (2016), Soto⁵ (2014) y Quiñonez¹² (2014) en donde la mayor incidencia se dio en el rango de 7 a 10 años con un 46.9%, de 8 a 12 en más del 50%, de 11 a 12 en un 70% y de 12 a 14 en un 45.6% respectivamente de cada autor.

Por otro lado de acuerdo al nivel de escolaridad, obtuvo el predominio más alto el segundo grado con un total de 57 que representa el 16%, seguido del grupo de primero y sexto con 47 que representan un 13% cada grupo; el rango más bajo se dio en el tercer grado con un numero de 19 que es el 5%.En cuanto al nivel de formación académica, obtuvo un predominio el nivel

primario con un total de 92 que representa el 26%, seguido de Bachiller que obtuvo 61 que es el 17%; el rango más bajo se observó en la opción ninguna con 6 padres representando el 2%; datos que difieren con los encontrados por Zari¹⁵ (2018), Parra¹ (2017) y Legra²¹ (2014) en donde el predominio fue del 48.10%, 17.4% y del 34.2% para el nivel de educación Superior respectivamente.

Finalmente al estudiar el nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares según el ámbito cognitivo, se obtuvo un predominio en el ítem Si en la pregunta; conoce usted las partes que le dan soporte a un diente con un total de 269 que representa el 75.14%, frente al ítem No que predominó en la pregunta; cree usted que exista la posibilidad de que un diente que haya salido de la boca pueda volver a ser colocado en su sitio con un total de 196, dando un 54.75%. Cabe citar que el rango más bajo se dio en; cree usted que exista la posibilidad de que un diente que haya salido de la boca pueda volver a ser colocado en su sitio con un total de 162 (45.25%). Por otro lado en la revisión del ámbito afectivo, el índice más alto se dio en el ítem Si en la pregunta; si un niño/a recibe un golpe fuerte en su boca y comienza a sangrar usted llevaría al niño a un centro odontológico con un total de 271 que representa el 75.70%, frente al ítem No en la pregunta; considera usted que está capacitado para enfrentar un accidente de trauma dentoalveolar con un total de 167, dando un 46.65%. En este ámbito el rango más bajo fue considera usted que está capacitado para enfrentar un accidente de trauma dentoalveolar con 191 (53.35%). Además, según el ámbito praxítico, obtuvo la mayor prevalencia el ítem Si en la pregunta; si un niño/a recibe un golpe fuerte en su cara y sangra a nivel de su boca usted sabe cómo controlar este sangrado con un total de 244 que representa el 68.16%, frente al ítem No en la pregunta; considera usted que para que el diente se mantenga en buenas condiciones es importante mantenerlo en leche o agua hasta llegar donde el odontólogo con un total de 199, dando un 55.59%. EL resultado más bajo se dio en; en una situación en la que un niño se tropieza contra un muro y se golpea su cabeza – boca y su diente sale entero, usted cree que puede volver a su sitio con 191 (53.35%). Estos datos guardan coincidencia con los encontrados por Parra¹ (2017) en donde el 52% si tenía un nivel de conocimiento regular. Por otro lado difiere con Zari¹⁵ (2018) en el que los padres de familia respondieron negativamente en un 60%, asimismo con More¹⁷ (2018) quien evidenció que el 68.2% presenta poco conocimiento, con Perez³ (2017) donde el 83.7% no tenía conocimiento sobre trauma dental y por último con los encontrados por Irua¹⁹ (2016) con un nivel de conocimiento bajo menor al 25%, calificados en las tres escalas cognitivo, afectivo y praxítico.

A partir de los datos de este tema investigativo, se deberían realizar más proyectos con otro tipo de variables, los cuales nos permitirían conocer con mayor exactitud los problemas de los escolares de 6 a 11 años; además de poder sugerir campañas para brindar el conocimiento adecuado de los padres de familia de acuerdo a esta patología, pues es muy importante que

ellos sepan qué hacer ante una emergencia, de la misma manera pretendiendo llegar a las autoridades de la salud para que acojan los requerimientos de los niños, dando solución a este problema de salud oral presente en la población, que pudieran estar afectando el correcto funcionamiento de su sistema estomatognático y alterando su calidad de vida.

Podemos citar que el nivel de conocimiento es bueno ya que según nuestro estudio más del 55% de las personas encuestadas tenían un conocimiento en cuanto al traumatismo dentoalveolar, igualmente en cuanto a los dos sexos, nivel de escolaridad, rangos de edad todos tenían más del 55% en cuanto al conocimiento.

Por ultimo una de las razones es que al analizar cada una de las preguntas tanto en el ámbito cognitivo, praxitivo, afectivo, los resultados nos dieron a conocer que los padres de familia si tenían un conocimiento aceptable lo cual es de carácter positivo. Cabe recalcar que en párrafos anteriores ya se han expresado las coincidencias y diferencias de nuestro estudio pero citamos a uno de los autores que es Parra (2017)¹ en donde el de conocimiento fue del 52% el cual coincide con nuestro estudio.

3. CONCLUSIONES

- De acuerdo a la distribución de la muestra según grupos de edad, obtuvo un predominio el rango de edad de 31 a 40 años.
- Por otro lado, el nivel de conocimiento según su nivel de formación académica, fue el nivel primario
- En cuanto al conocimiento según el nivel de escolaridad, obtuvo el predominio más alto el segundo grado
- Por otro lado dentro del ámbito cognitivo, se evidencio un predominio el ítem Si en la pregunta conoce usted las partes que le dan soporte a un diente frente al ítem No de la pregunta cree usted que exista la posibilidad de que un diente que haya salido de la boca pueda volver a ser colocado en su sitio.
- En el ámbito afectivo, obtuvo un predominio el ítem Si en la pregunta si un niño/a recibe un golpe fuerte en su boca y comienza a sangrar usted llevaría al niño a un centro odontológico frente al ítem No que predomino en la pregunta considera usted que está capacitado para enfrentar un accidente de trauma dentoalveolar.
- Según el ámbito praxitivo, obtuvo un predominio el ítem Si en la pregunta si un niño/a recibe un golpe fuerte en su cara y sangra a nivel de su boca usted sabe cómo controlar este sangrado, frente al ítem No que predomino en la pregunta considera usted que para que el diente se mantenga en buenas condiciones es importante mantenerlo en leche o agua hasta llegar donde el odontólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parra S, Cuenca L, Botey X, Aguilera F. Nivel de conocimiento en padres y educadores sobre conducta a seguir ante traumatismos dentoalveolares. ISSN CCM 2017; (3)
2. Alonso J, Diaz C, Herreras S, Avello J, Gutiérrez Y. Nivel de información sobre traumatismos dentoalveolar en padres y educadores. Rev AMC.2016; 13 (4).
3. Perez M, Abreu J, Castro C, Viera M, García N. Nivel de conocimiento en pacientes con traumatismo dental. Rev Méd Electrón. 2017:39(1).
4. Moré L. Ramos L, Vital Y. Trauma dentario en niños de 3 a 11 años del municipio La Habana del Este. Rev Méd Electrón. 2016;38(1).
5. Soto L, Curbelo R, Lena S. Frecuencia de traumatismos dentales en los incisivos en niños de 6 a 12 años. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2016:15.
6. González X, Crespo M, Cardentey J, Porras O. Traumatismos dentales en niños de 7 a 11 años. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2016: 20 (4):465-471
7. Herrera J, Romero E. Pérez R, Hernández P. Evaluación a corto plazo de dientes traumatizados después de la aplicación de tratamientos. Rev AMC. 2016: 14(6).
8. Pérez N, Legañoso J, Montes C, Montalvo N. Comportamiento de los traumatismos dentoalveolares en niños y adolescentes. Rev AMC. 2016: 14 (1).
9. Leganosa J, Landrian C, Herreras S, Legañoa J, Gutiérrez Y. Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres y educadores. Rev AMC. 2017: 13 (4).
10. P. Vaquero niño, P. Planells del Pozo. Evolución de los protocolos de la International Association of Dental Traumatology (IADT) para la evaluación y manejo de los traumatismos dentales. Odontol Pediátrica (Madrid) Vol. 20. n. ° 2, pp. 134-145, 2012
11. Ministerio de Salud Pública. Trauma dental: Guía de Práctica Clínica (GPC) Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016.
12. Quiñonez E, Ferro P, Valdivie J. Comportamiento de traumatismos dentoalveolares en niños deportistas del área "Ciro Frías", del municipio de Arroyo Naranjo. Revista Cubana de Estomatología 2014;51(2):169-178
13. Gallego Jesús. Diagnóstico y tratamiento de las fracturas coronarias. Acta Odontológica Venezolana. 2014: 42(3)
14. Batista T, Tamayo J, Soto M, Gil L. Traumatismos dentarios en niños y adolescentes. Rev CCM. 2016: 20 (4).
15. Zari A, González S. Nivel de conocimiento y actitud en profesores y padres de familia frente a un traumatismo dentoalveolar en Escuelas de la ciudad de Loja. Universidad Nacional de Loja. 2018.

16. Oliveira J, Alvarado A, Guanotoa B. Características de traumatismo dental en niños de 5 a 13 años de edad. Polo del Conocimiento. 2018. 3(5).150-159
17. Moré L, Pedroso L, Sierra R. Conocimientos sobre trauma dentario en docentes de círculo infantil, escuela primaria y secundaria básica. Scielo. 2018
18. Delgado L, Valdez J, El Ghannam Y, Rodriguez, H. Caracterización de traumatismos dentoalveolares, municipio " Habana del Este". La Habana, Cuba. Intra Med Journal. 2017.6(1)
19. Irua F, Lanas G. Nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares en profesores de nivel primario y padres de familia de la Unidad Educativa experimental Eloy Alfaro. Universidad Central. 2016
20. Toledo F. Departamento de Planificación del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Azogues. Censo 2010.
21. Legra E, Rodríguez M, Imbert Y, Domínguez I, Caldas A. Intervención educativa sobre traumatismo dentario. Rev Inf Cient. 2014; 83(1):78-88

ANEXOS

Anexo 1. OPEN EPI

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	1500
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/- 5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/- %)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	306
80%	149
90%	230
97%	359
99%	461
99.9%	630
99.99%	754

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$

Anexo 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Lea detenidamente las preguntas y escoja la respuesta correcta marcando con una X

COGNITIVO	SI	NO
1.-Conoce usted las partes que le dan soporte a un diente?		
2.-Sabe usted que es un trauma dentoalveolar (rotura de los dientes por una caída)?		
3.-Conoce los beneficios que le da el saber manejar un trauma dentoalveolar?		
4.-Cree usted que exista la posibilidad de que un diente que haya salido de la boca pueda volver a ser colocado en su sitio?		
5.-Usted considera importante el tiempo transcurrido entre el accidente dentario y la atención profesional?		
6.-Tiene conocimiento que un trauma dentoalveolar (rotura de los dientes por una caída) podría causar una infección a largo plazo?		
AFFECTIVO		
7.-Si un niño/a recibe un golpe fuerte en su boca enseguida comienza a sangrar usted llevaría al niño a un centro médico u odontológico?		
8.-Cree usted que los niños con dientes fracturados pueden bajar su autoestima en comparación a un niño que no tiene ningún problema en sus dientes?		
9.-Cree usted que se debería hacer un seguimiento odontológico a un diente que ha sufrido un trauma dentoalveolar (rotura de los dientes por una caída)?		
10.-Considera usted que está capacitado para enfrentar un accidente de trauma dentoalveolar (rotura de los dientes por una caída)?		
11.-Considera usted necesario educarse en el manejo inmediato sobre trauma dentoalveolar?		
12.-Usted estaría dispuesto a capacitarse en el manejo de que hacer en caso de un accidente que involucre dientes?		
PRAXITIVO		
13.-Si un niño/a recibe un golpe fuerte en su cabeza-cara y sangra a nivel de su boca usted sabe cómo controlar este sangrado?		
14.-En una situación en la que un niño/a cae por las escaleras en el cual recibe un golpe fuerte ocasionando que se caiga un diente de su boca, usted botaría este diente?		
15.-En una situación en la que un niño se tropieza contra un muro y se golpea su cabeza-boca y su diente sale entero usted cree que puede volverlo a su sitio?		
16.-Si usted ha decidido volver el diente a su sitio pero este había caído al suelo y se cubre con tierra. Cree usted que solo lavarle con agua brevemente es suficiente para evitar dañar las estructuras del diente?		
17.-Considera usted que para que el diente se mantenga en buenas condiciones es importante mantenerlo en leche o agua hasta llegar donde el odontólogo?		
18. Un niño/a recibe un golpe fuerte en su boca y se cae uno de sus dientes usted podría ver si el diente salió entero o está roto en alguna de sus partes?		

Anexo 3. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS****DATOS GENERALES**

1.- Genero M F

2.- Edad 20-30 31-40 41-50 <50

3.- Nivel de formación del padre o apoderado Primaria Bachiller Superior
 Posgrado Ninguna

4.- Nivel de escolaridad del niño primero segundo tercero cuarto
quinto
 Sexto

5.- Experiencia Laboral >6 6-10 11-20 <20

6.- Estado civil Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre

7.- ¿Ha recibido alguna formación en primeros auxilios Si No

8.- ¿Ha presenciado algún accidente que involucre daño en dientes o en la boca de un niño?
 Si No

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO No. 3

Consentimiento para participar en un estudio de investigación - (PADRES O APODERADO) -

Instituciones :	Universidad Católica de Cuenca sede Azogues
Investigadores :	Jessica Elizabeth Rodríguez Sánchez
Título:	Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares de 8 a 11 años de escuelas urbanas. Azogues - 2019

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a usted padre de familia a participar en un estudio llamado: Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de escolares de 8 a 11 años de escuelas urbanas. Azogues - 2019

Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues. Estamos realizando este estudio para evaluar el nivel de conocimiento que poseen los padres de familia en cuanto a trauma dentoalveolar. (Rotura de una pieza dentaria).

El trauma dentoalveolar es una patología provocada por un golpe directo o indirecto en la cavidad oral ocasionando una lesión en los tejidos blandos y duros, siendo así perjudicial para la salud oral. Según la OMS el trauma dentoalveolar es considerado como la segunda causa de atención en odontopediatría luego de la caries dental. Es por eso que es importante conocer el rol que desempeñan los padres ante dicha patología.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le realizará una encuesta de aproximadamente 10 a 15 minutos.

Riesgos:

La presente investigación no tendrá ningún riesgo para su integridad.

Beneficios:

La información que se obtenga mediante esta investigación permitirá tener conocimientos más claros que ayudara al padre de familia a brindar un mejor y oportuno manejo de un trauma dentoalveolar.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del trauma dentoalveolar.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos de manera absoluta la información proporcionada. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio.

Uso de la información obtenida:

La información obtenida de su encuesta servirá únicamente para beneficio de esta investigación,

Derechos del paciente:

Si usted decide no participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento.

Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Estudiante Jessica Rodríguez Sánchez al tel. 0995667180

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al departamento de investigación de la Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Padre o apoderado

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre: Jessica Elizabeth Rodríguez
Sánchez

Ci: 0302490958

Fecha

Anexo 5. AUTORIZACION PARA REALIZAR ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN



Oficio Nro. MINEDUC-CZ6-03D01-2019-1037-O

Cañar, 26 de junio de 2019

Asunto: AUTORIZACION PARA REALIZAR ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA.

Doctor
Cristian Danilo Urgilés Urgilés
Representante Legal
CONSULTORIO PARTICULAR
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MINEDUC-CZ6-03D01-UDAC-2019-2407-E, informo a usted que su requerimiento ha sido aprobado, para que la estudiante: Jéssica Elizabeth Rodríguez Sánchez con cedula No 0302490958, realice un estudio de investigación con fines de titulación, cuyo tema es "Nivel de conocimiento sobre traumatismo dentoalveolar en padres de familia de escolares de 6 a 11 años de las Escuelas urbanas, Azogues 2019"; en los siguientes establecimiento educativos:

- Unidad Educativa "Manuel Muñoz Córdero"
- Unidad Educativa "Luis Cordero"
- Unidad Educativa "UNE"

Para lo cual solicito de la manera más atenta, coordinar con anterioridad con la autoridad institucional respectiva.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Nancy Alexandra Zambrano Coronel
DIRECTORA DISTRITAL 2 DISTRITO 03D01 AZOGUES - BIBLIÁN - DÉLEG

Referencias:
- MINEDUC-CZ6-03D01-UDAC-2019-2407-E

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITIRIO INSTITUCIONAL

Yo JESSICA ELIZABETH RODRIGUEZ SANCHEZ portador (a) de la cédula de ciudadanía Nro. 0302490958, en calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN PADRES DE ESCOLARES DE 06 A 11 AÑOS EN ESCUELAS URBANAS AZOGUES- 2019" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de Los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, 03 de marzo de 2020.

F: 

control plagio Jessica Rodriguez

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.uigv.edu.pe

Fuente de Internet

7%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

< 3%

Excluir bibliografía

Apagado



El Bibliotecario de la Sede Azogues

CERTIFICA:

Que: **RODRIGUEZ SANCHEZ JESSICA ELIZABETH**, con cédula de ciudadanía Nro. **0302490958**, de la Carrera de **ODONTOLOGIA**.

No adeuda libros, a esta fecha: **2 de marzo del 2020**.

Byron Alonso Torres Romo
Bibliotecario

Biblioteca Universitaria
MONS. "FROILAN POZO QUEVEDO"