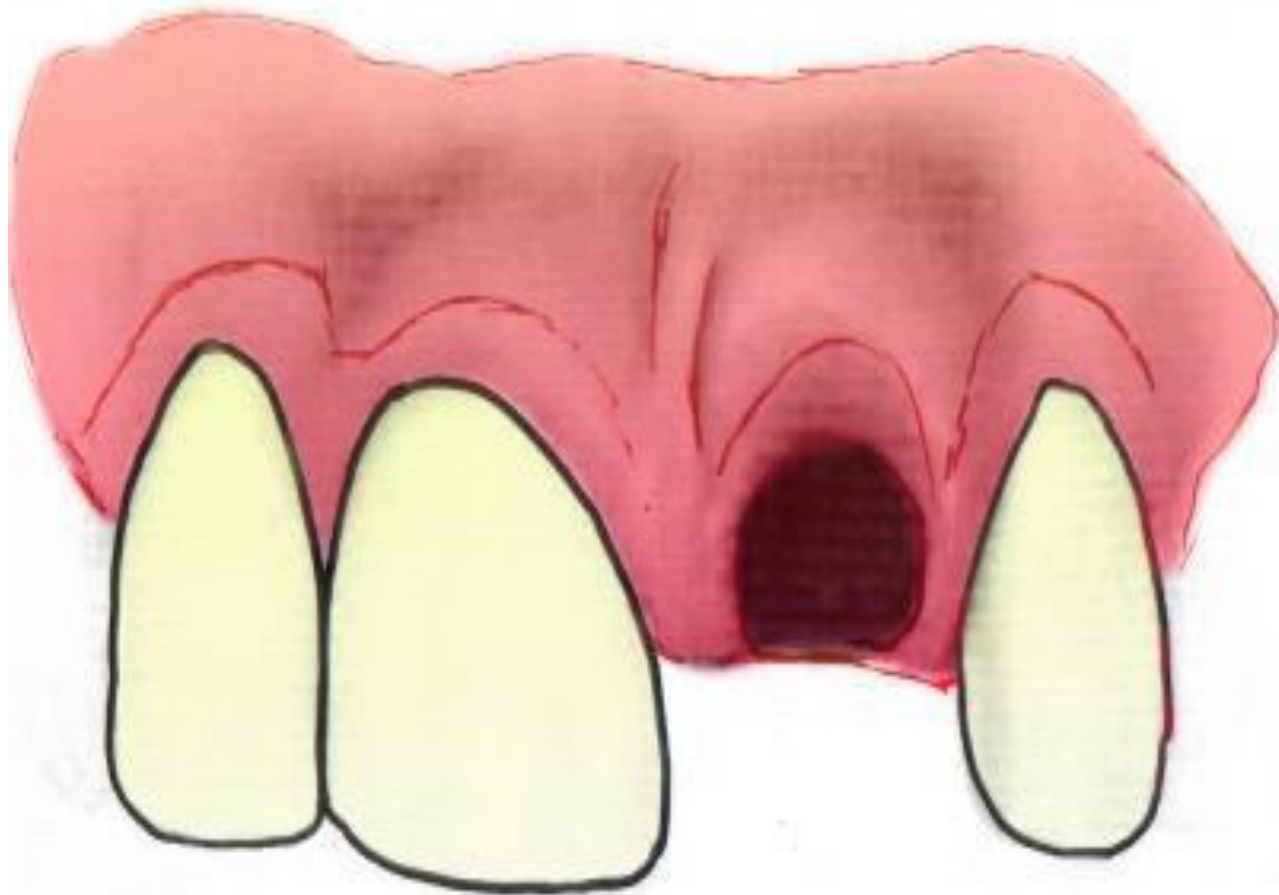


2014

**VALORACION DEL MANEJO DEL TRAUMA DENTOALVEOLAR, EN LOS
PADRES DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE
ODONTOPEDIATRIA DE LA UNIVERSIDAD DE**



Tesis
Para optar el título Profesional
De Odontólogo General
Universidad del Magdalena
Facultad de Salud
Programa de Odontología
Santa Marta - Colombia

AUTOR:

Luis Felipe García
Roger Rene Gutiérrez
Héctor Fabio Tejedor

ASESOR:

Vanessa Bernal

TABLA DE CONTENIDO

1. Agradecimientos.....	5
2. Resumen.....	6
3. Introducción.....	8
4. Planteamiento del problema.....	10
5. Justificación.....	14
6. Objetivos.....	16
6.1 Objetivo general	16
6.2 Objetivos específicos.....	16
7. Marco Teórico.....	17
7.1 Antecedentes.....	17
7.2 Estado del arte.....	20
7.3 Epidemiología.....	24
7.4 Clasificación del trauma dentoalveolar.....	25
7.4.1 Lesiones de los tejidos duros y pulpa dental.....	25
7.4.2 Lesiones a los tejidos periodontales.....	26
7.4.3 Lesiones del hueso de soporte.....	27
7.4.4 Lesiones de encía o mucosa oral.....	27
8. Metodología.....	46
8.1 Tipo de investigación.....	46
8.2 Validación del instrumento.....	46
8.3 Paradigma de investigación.....	46
8.4 Métodos de inclusión.....	47
8.5 Métodos de exclusión.....	47
8.6 Población.....	47
8.7 Muestra.....	47
8.7.1 Calculo de muestra.....	48
8.7.2 Ajuste por finitud.....	48
9. Resultados.....	49

10. Discusión	56
11. Conclusión	58
12. Recomendaciones	59
13. Referencias	60

ÍNDICE DE ANEXOS

14. Encuesta para validar el instrumento, formato de jueces expertos.....	64
15. Encuesta sobre trauma dentoalveolar aplicada a los padres y/o cuidadores asistentes a la clínica de odontopediatria de la universidad del magdalena en el periodo 2014-1.....	69

INDICE DE TABLAS

16. Tabla 1. Fractura coronaria no complicada.....	28
17. Tabla 2. Fractura coronaria complicada.....	29
18. Tabla 3. Fractura corono-radicular.....	30
19. Tabla 4. Fractura radicular.....	31
20. Tabla 5. Fractura alveolar.....	33
21. Tabla 6. Concusión.....	34
22. Tabla 7. Subluxación.....	35
23. Tabla 8. Luxación extrusiva.....	36
24. Tabla 9. Luxación lateral.....	37
25. Tabla 10. Luxación intrusiva.....	38
26. Tabla 11. Avulsión en dientes.....	40
27. Tabla 12. Avulsión en dientes permanentes.....	41
28. Tabla 13. Avulsión en dientes temporales.....	43
29. Tabla 14. Grupo de edad y género.....	49
30. Tabla 15. Sondeo demográfico.....	50
31. Tabla 16. Información.....	52

1. AGRADECIMIENTOS

A la **Dra. Vanessa Bernal Alfaro** por su gran dedicación, entusiasmo y paciencia al revisar el trabajo así como los valiosos aportes en mejora del mismo.

Al **Dr. Armando Vila** por todo su apoyo y sus precisas y acertadas correcciones para mejorar la investigación.

A los **Dres. Iván Manotas, Diego Romero y Fany Canchano** por su contribución en la ejecución de las preguntas de la encuesta.

A los **padres y cuidadores de los niños** por su cooperación al momento de responder la encuesta.

2. RESUMEN

El propósito de este estudio fue determinar el manejo con respecto a trauma dentoalveolar y constatar las creencias que tienen los padres y personas a cargo del cuidado de los niños, atendidos en la clínica odontológica de pediatría, de la Universidad del Magdalena en el periodo 2014-I. la muestra estuvo conformada por 73 padres y personas a cargo del cuidado de los niños asistentes a la clínica de odontopediatria de la universidad del magdalena. Se utilizó como instrumento para recolección de datos una encuesta conformada por 10 preguntas de selección múltiple con única respuesta. Del total de los padres encuestados el 75.3 % refirió que nunca había recibido información acerca de trauma dentoalveolar, el 23,2% que había recibido por parte del odontólogo y el 1,3% que había recibido con folletos y por la televisión, por lo tanto los padres no cuentan con el nivel conocimiento suficiente para manejar adecuadamente un trauma dentoalveolar. Mientras que con respecto a dónde acudir en el momento de presentarse un trauma dentoalveolar el 90.7% de los encuestados llevaría a su hijo a un profesional, pero de ese un alto porcentaje desconoce que el profesional idóneo para tratar un trauma dentoalveolar es el odontólogo, lo cual genera un aumento considerable en la probabilidad de un fracaso en cuanto al tratamiento y pronostico del diente afectado, lo que concluye que en un gran porcentaje los padres carecen de conocimiento para saber dónde acudir en una situación como esta.

Palabras Clave: Trauma, Educación, Avulsión.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the level of knowledge regarding dentoalveolar trauma and confirm the beliefs of parents and people caring for children treated at pediatric dental clinic of the University of Magdalena in the period 2014-I. the sample consisted of 73 father and caring people of those attending the pediatric dentistry clinic of the University of cupcake children. It was used as a tool for data collection survey consists of 10 multiple-choice questions with single answer. Of all parents surveyed reported that 75.3% had never received information about dentoalveolar trauma, 23.2% had received by the dentist and 1.3% had received brochures and on television, so both parents do not have enough to properly handle a dentoalveolar trauma knowledge level. While about where to go when one dentoalveolar trauma presented 90.7% of respondents take your child to a professional, but a high percentage of that unknown to the healthcare professional treating a dentoalveolar trauma is the dentist, what which generates a significant increase in the probability of failure in the treatment and prognosis of the affected tooth, which concluded that a large percentage of parents lack knowledge to know where to go in a situation like this.

Keywords: Trauma, Education, avulsion.

3. INTRODUCCIÓN

Wong (2004) afirma. “El trauma dental se define como un impacto agresivo sobre las estructuras dentales y zonas adyacentes, el cual resulta afectando los tejidos blandos, labios, mejillas, lengua, piso de boca y tejidos duros como: esmalte dental, articulación temporomandibular y tejido óseo”.

Los traumas dentoalveolares son considerados como situaciones en donde el tiempo juega un papel definitivo, ya que es una verdadera urgencia, porque de su pronto manejo depende el pronóstico en la conservación del diente, por lo tanto los padres juegan un papel crucial en el pronóstico de una urgencia odontológica, ya que son ellos quienes por lo general se encuentran con los niños a la hora o después que se presenta el trauma, y entre más rápido se acuda al odontólogo más favorable será el pronóstico de las estructuras afectadas, y de esta manera se ejecutara el apropiado tratamiento.

Las lesiones por trauma son comunes en niños y adolescentes, convirtiéndose en un problema de salud pública como la caries y la enfermedad periodontal. El 50% de los niños sufre lesiones antes de terminar los estudios escolares, poniendo en peligro la dentición permanente debido a las alteraciones en sus etapas de desarrollo (Eraso, 2011). Si no es tratado a tiempo puede llevar a graves consecuencias, como la pérdida de un órgano dental, que significara la pérdida definitiva de su sonrisa y de las funciones que desempeñan los dientes, afectando el crecimiento y desarrollo de los maxilares, por la pérdida total o parcial de los dientes, necrosis pulpar, reabsorción interna o externa, alteraciones de la oclusión, fonética, funcionalidad, la estética, autoestima entre otros.

Según un estudio realizado en el hospital Roberto del Rio en la ciudad de Santiago, Chile las lesiones por trauma dentoalveolar representan el 16,8% de las urgencias odontológicas, siendo más frecuente en la dentición temporal con un 55,6% y un 44,4% en la dentición permanente (Araneda, 2012). La prevención de estas

lesiones y el conocimiento de cómo actuar ante ellas por parte de padres, el personal cercano a los niños y adolescentes deben ser parte integral de la práctica odontológica, pues se ha observado con cierta frecuencia complicaciones de las lesiones traumáticas de los dientes lo cual empeora el pronóstico, casi siempre debido a la poca información que manejan padres, educadores y personas a cargo del cuidado de los niños.

El presente trabajo mediante un estudio cualitativo, pretende determinar el manejo de trauma dentoalveolar que tienen los padres de los niños que asisten a consulta externa de odontopediatria en la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena, este mediante un método analítico lo que busca es recolectar la información con una encuesta compuesta por 10 preguntas de selección múltiple con única respuesta, para luego poder establecer que saben los padres y cuidadores de los niños acerca de trauma dentoalveolar por medio de tabulaciones donde se indicara el porcentaje de padres que escogieron esa respuesta y así luego de su interpretación obtener un diagnóstico, el cual será extendido a entes locales para mejorar esta situación.

Los traumatismos dentarios constituyen uno de los problemas de salud oral más frecuentes durante la niñez, cuando el primero en atender al niño al momento se presenta un trauma dentoalveolar no cuenta con los conocimientos suficientes para hacerlo termina ocasionar problemas funcionales, estéticos y psicológicos , por lo tanto lo que buscamos con este trabajo es diagnosticar, para que lo entes locales se encarguen de capacitar en primeros auxilios a los padres que son lo que atienden al niño inmediatamente sucede el trauma para así generar un impacto positivo en la comunidad evitando que esto siga siendo un problema de salud pública como la caries.

Por lo tanto se debe determinar que mitos y costumbres tienen los padres o las personas responsables del cuidado de los niños que asisten a consulta externa de odontopediatria en la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena en el periodo 2014-1.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los traumas dentales son una de las principales causas de atención en odontopediatría después de la caries dental, ya que el índice es muy elevado en los niños, y este se presenta por lo general en un entorno doméstico donde el niño pasa gran parte de su tiempo y donde el encargado de atender cualquier clase de trauma inmediatamente que sucede es el padre o cuidador del niño, por lo tanto si no se educa a los padres que son los primeros en atender este traumatismo persistirá esto como en un problema de salud pública, ya que los traumatismos dentales se caracterizan porque no se rigen por un sólo mecanismo etiopatogénico, lo cual ocasiona que para obtener resultados terapéuticos óptimos se necesite de la participación de un grupo interdisciplinario, lo que muchas veces no se cumple porque los padres no saben cuál es profesional idóneo para atender este tipo de traumatismos, y de la participación de los padres de familia, ya que ese es el momento crucial para que el pronóstico del diente sea posiblemente favorable.

Los padres, tutores o personas responsables del cuidado de los niños, juegan un papel crucial en el pronóstico de una urgencia odontológica, ya que el desplazamiento inmediato a la consulta odontológica y la asistencia por parte del odontólogo va favorecer el tratamiento y pronóstico de los dientes afectados. 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 frecuencia de los traumatismos dentarios es cada vez mayor, son la segunda causa de atención odontopediatría, después de las caries, sobre todo en niños y adolescentes. En dentición permanente, existe un pico de prevalencia en edades de 9 a 10 años. En dentición temporal, las edades en las cuales se producen más

traumatismos están entre los 10 y 24 meses. 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. El diente más frecuentemente afectado es el incisivo central superior, seguido del incisivo lateral superior y de los incisivos inferiores. Los traumas dentarios pueden variar desde una pequeña afectación en el esmalte o leves desplazamientos dentarios, hasta una avulsión que es el desplazamiento total del órgano dentario, fuera del alveolo. 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. Para la dentición permanente la mayoría de los estudios señalan que la lesión más frecuente es la fractura de corona no complicada, mientras que en dentición temporal son las luxaciones y la caries (Sánchez et al. 2010). El éxito del manejo de estas lesiones radica en el tiempo de evolución que lleve el trauma, el tratamiento que el odontólogo le brinde y el cuidado post-tratamiento que el paciente tenga; son tres factores determinantes del éxito y que dependen el uno del otro, pues entre menor tiempo lleve la lesión mejor será su pronóstico, si se realiza un buen tratamiento y es posible devolverle al paciente su calidad de vida, pero sin sus cuidados en casa nuestra labor se verá afectada. Por tanto, hablamos de que el paciente y su odontólogo deben formar un equipo.

Los deportes y los accidentes automovilísticos son las causas más frecuentes descritas en la literatura internacional. Los patios del colegio son considerados un sitio de alto índice de lesiones en dentición permanente. Las lesiones traumáticas orales en mayores de edad dependen directamente del estilo de vida que se lleva, si las personas son consumidoras de alcohol o si practican deportes extremos o de contacto que aumentan sustancialmente el riesgo de sufrir un accidente oro facial. La violencia y los accidentes de tránsito también son considerados causas importantes de trauma dentoalveolar. Según los reportes, son los hombres quienes padecen más de traumatismos dentoalveolares que las mujeres (hombres: 31- 40 %; mujeres: 16-30 %). La mayoría de lesiones traumáticas orales involucra los dientes anteriores, ya que son los que generalmente recibe la fuerza del impacto directo. Además de los tejidos dentales duros, en un trauma dentoalveolar, los tejidos circundantes también pueden

resultar afectados. La cicatrización y la reparación de los tejidos depende de las medidas tomadas inmediatamente luego del trauma y están relacionadas con el grado de contaminación bacteriana que pueda tener el diente y las estructuras involucradas como encía, piel y hueso, así como del adecuado manejo clínico. Diversos estudios han mostrado vías de invasión bacteriana luego del trauma dentoalveolar, aun en los eventos menores cuando se ha perdido solo una pequeña cantidad de estructura, como en las fracturas de esmalte. Andreasen, (2007) describe que, luego de una lesión traumática, se presentan rutas de infección y colonización por parte de bacterias. El uso de antibióticos, ya sea de manera sistémica o mediante aplicación tópica, para tratar de contrarrestar este proceso infeccioso y conservar el tejido pulpar sano, libre de inflamación y mejorando también el pronóstico frente a una posible reabsorción radicular.

Los traumatismos dentarios pueden tener consecuencias funcionales, estéticas y psicológicas. La actitud terapéutica del profesional y de los familiares del niño es muy importante porque puede resolver o agravar la situación. El tratamiento debe ser lo más precoz posible, acudiendo al odontólogo siempre, aunque no haya dolor. (Sánchez et al. 2010). El papel de los padres, tutores o profesores es crucial al momento de determinar el pronóstico de una urgencia causada por un trauma dentoalveolar, puesto que si ellos poseen un buen nivel de conocimiento acerca de qué medidas se deben tomar en estos casos, y actuar rápidamente para acudir al odontólogo, el pronóstico de una urgencia de estas características mejora considerablemente. Se hace necesario que exista una relación odontólogo - paciente como factor primordial para favorecer el pronóstico de órganos dentales que han sufrido un trauma dentoalveolar, por todo lo anterior nace la siguiente pregunta problema

¿Cuál es el manejo que le dan al trauma dentoalveolar los padres de pacientes atendidos en la clínica de odontopediatria de la universidad del magdalena en el periodo 2014-I?

De acuerdo a la sistematización u operacionalizacion del problema, se derivan los siguientes interrogantes:

¿Qué tanto saben los padres acerca de trauma dentoalveolar?

¿Qué prácticas realizan los padres al momento de la presentación de un trauma dental?

¿Es adecuado el manejo del trauma dentoalveolar por parte de los padres?

5. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación nace de la necesidad de evaluar a los de padres y personas responsables del cuidado de los niños que asisten a la clínica de odontopediatria de la universidad del magdalena en el periodo 2014-1 acerca del manejo inicial de un trauma dentoalveolar, por que se ha notado a lo largo de los años que lo padres desconocen que hacer en el momento que se presenta un trauma, debido a esto los fracasos en los tratamientos han aumentados convirtiendo esto en un problema de salud pública, ya que son ellas las primeras personas en contacto con los niños luego que ocurre el trauma, y se sabe muy bien que los primeros minutos son primordiales para el éxito o fracaso del tratamiento, por lo tanto conociendo cual es el manejo inmediato de un traumatismo dentario (TD), se influirá de manera positiva en su tratamiento, sobre todo cuando se trata de avulsiones. Debido a que los traumatismos dentarios se presentan con más frecuencia en una población de edad pre-escolar y escolar, la educación adecuada acerca de la conducta correcta e inmediata a seguir frente a estas emergencias (antes de remitirlas al profesional odontólogo) recaerá principalmente en los padres de familia, quienes son generalmente las personas más cercanas a los niños. (Padilla Rodriguez Aída Borges, Fernández Villavicencio 2005) Cabe destacar que el tratamiento de traumatismos dentarios, deberá ser dirigido por parte del odontólogo cualquiera que sea su nivel o especialidad, ya que estamos hablando de proporcionar atención inmediata a una urgencia.

La prevención de traumatismos dentarios, su manejo en situaciones de urgencia, la difusión de su información, y otros aspectos relacionados son, a pesar de su importancia en salud pública, todavía descuidados, dándole un poco de más importancia al tratamiento que a la prevención (padilla rodriguez et al , 2005)

Por consiguiente se decidió determinar el nivel del conocimiento de los padres y de personas que están al cuidado de los niños, acerca del trauma dentoalveolar y la

importancia de la salud bucal, buscando identificar su acción y reacción frente a la presencia de dicho trauma, lo cual va jugar un papel importante en el pronóstico del tratamiento.

De igual manera se destaca la importancia que tiene este tema considerando las lesiones de los órganos dentales temporales, los cuales pueden ocasionar complicaciones a largo plazo, afectando así la formación y el desarrollo de los dientes permanentes, entre las causas que pueden presentarse se encuentran, anomalías morfológicas, y procesos que afectan la corona, raíz y producir así mismo, alteraciones de la erupción dentaria.

Este proyecto de grado se realizó en la clínica de odontopediatria de la universidad del magdalena con el fin de identificar el manejo de los padres de la ciudad de santa marta, ya que en este lugar se atienden personas de distintos estratos socioeconómicos, siendo los estratos uno y dos los más prevalentes y en donde por lo general se presentan más los traumas dentoalveolares, y los que peor pronóstico tienen.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es el manejo que le dan al trauma dentoalveolar los padres de los niños atendidos en la clínica odontológica de pediatría, de la Universidad del Magdalena en el periodo académico 2014-I.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar que tanto conocimiento tienen los padres, acerca de lo que deben hacer al momento de presentarse una lesión traumática dental.
- Describir que prácticas comúnmente realizan los padres al momento de la presentación de un trauma dentoalveolar.
- Precisar si es adecuado el manejo que le dan los padres a los diferentes tipos de lesiones traumáticas dentales que se pueden presentar.

7. MARCO TEÓRICO

7.1 ANTECEDENTES

Hegde, Pradeeo, Varghese. (2010), realizaron una investigación para evaluar el conocimiento de las madres acerca de los traumatismos dentales, lo evaluaron por medio de una entrevista – cuestionario en el cual se preguntaba sobre el conocimiento de la madre de trauma dental cuya población fue de 500 entre madres amas de casa y que trabajaban, esto a través de sus hijos que asisten a dos escuelas de Mangalore y cuyos resultados reflejan que el 68% son conscientes del manejo de trauma dental, se les pregunto sobre avulsión dental, protectores bucales, su utilidad e importancia, dijeron que son conscientes del uso de protectores bucales para prevenir lesiones traumáticas en la prevención de traumatismos dentales, y se mostró que existe más conocimiento en las madres que trabajan, utilizando el equipo de emergencia y llevando al niño a odontólogo, se hizo un estudio correlacional en el cual se encontró una diferencia significativa entre las respuestas de madres que trabajan y las amas de casa. Concluyeron que la mayoría de las madres eran graduadas y tenían conocimiento de situaciones de emergencia.

Ávila, Cueto y Gonzalez. (2012), describieron la distribución del traumatismo dentoalveolar en dientes temporales según género, edad, lugar donde ocurre el traumatismo, diagnostico, dientes afectados y tratamiento realizado. La investigación consto de una muestra de 207 niños beneficiarios del centro de referencia odontopediatrico Simón Bolívar entre uno y siete años de edad, se encontró que en un 60% se presentan traumatismos en el género masculino entre cuatro y seis años, los incisivos centrales superiores son los dientes más afectados con un 40%, El diagnóstico del traumatismo dentoalveolar de mayor frecuencia corresponde a subluxación presentándose en el 53% de los casos. El control e indicaciones es el tratamiento más realizado en estos traumatismos dentoalveolares.

(Sousa, Zambarda, Vacilotto, Batista y Gerhardt, 2009) Comentan acerca de la importancia y frecuencia de las lesiones traumáticas alveolares en niños, que afectan

a los dientes y estructuras adyacentes puede no únicamente contribuir a traumatismos físico - biológicos si no también problemas psicosociales como autoestima, es importante identificar cuando es una emergencia dental, el diagnostico de dientes avulsionados depende de la intervención oportuna en el área del accidente, por lo cual es de gran importancia que las personas a cargo del cuidado de los niños, estén informados acerca de los protocolos correctos en estos casos. Este estudio tenía como objetivo principal evaluar el conocimiento de los padres, haciendo una correlación entre nivel de conocimiento, educación familiar, ingresos mensuales y edad, realizaron un cuestionario de doce preguntas las cuales tenían puntuaciones de cero a tres, en respuesta a eso determinaron que las personas al cuidado de los niños lo llevarían al niño inmediatamente con ayuda profesional en un 99% sin embargo más del 70% no sabía que era avulsión y concluyeron que el nivel de los padres y conocimiento cuidador sobre la gestión de la avulsión dental es baja, sin asociación con la edad , la escolaridad y el ingreso mensual de la familia.

Retomando el eje central de la investigación Padilla et al. (2005), realizó un estudio acerca del conocimiento que tienen los padres de los traumatismos dentoalveolares en la Universidad Nacional Autónoma de México, donde se buscaba evaluar el conocimiento que tiene la población de familiares o personas encargadas de los niños que llegan a consulta al Departamento de Odontopediatria acerca de los traumas dentoalveolares, los investigadores aplicaron un cuestionario que constaba de tres partes: 1. Datos generales de afiliación, 2. Experiencia e información previa sobre traumatismos dentarios, 3. Conducta a seguir en diferentes situaciones de accidentes dentarios. Después de aplicado el instrumento se procedió a brindar información del tema por medio de un folleto, en los resultados del instrumento se notó un conocimiento bajo acerca de la temática por parte de los padres, familiares o personas al tanto de los niños, el 87% de los encuestados nunca recibieron información alguna acerca de la conducta a seguir en estas emergencias sólo el 19% contestaron correctamente lo que harían primero en una supuesta situación de trauma dentoalveolar; sólo el 49% mostró interés en recuperar un diente avulsionado, y de ellos, sólo el 18% manejaría esta situación correctamente, los autores concluyeron

que se debe implementar campañas informativas sobre el tema ya que no se puede descuidar este aspecto tan frecuente e importante de la profesión odontológica.

El estudio realizado por Rivera (2011), se basó en el conocimiento que tienen los padres acerca de los traumas dentoalveolares en niños, también es importante sondear acerca de lo que opinan los adultos allegados a ellos, como cuidadores, profesores entre otros, realizó una investigación para determinar el nivel de conocimiento y actitud de los profesores de nivel primario frente a traumatismos dentales, tomo una muestra de 110 profesores de cinco escuelas públicas del Callao, usó una encuesta con preguntas de alternativas múltiples. Se determinó que había buen conocimiento solo tenía el 12.5% y actitud positiva frente a estos traumatismos solo el 21% lo cual muestra un gran déficit de conocimiento y actitud que repercute en el actuar del maestro a la hora de notar algún traumatismo o una emergencia dental.

Siguiendo con la línea de los adultos cuidadores Gallego (2009) en su estudio pretendió identificar el nivel de conocimiento que tenían los profesores de educación física se llevó a cabo en San José de las Lajas, tiene que ver con qué medidas inmediatas se debe tener ante un traumatismo dental, aplicó un instrumento – cuestionario a 49 profesores, donde tenían casos y preguntas de avulsión dentaria y solamente el 49% de la totalidad de la muestra sacó un puntaje mayor a 70 mostrando el déficit de conocimiento existente, mostrando así que en casos hipotéticos donde se dé un traumatismo dental los niños no van a recibir un tratamiento inmediato correcto, por ende plantea que se hace necesario capacitar a los profesores y personas a cargo de los niños, acerca de esta temática y cómo actuar frente a ella.

Existen dos estudios realizados en esta institución de Bogotá, en el que el primero se determinaron el comportamiento epidemiológico del trauma dentoalveolar en niños de 0 a 17 años de edad, atendidos en los servicios de urgencias de cuatro instituciones de salud de Santafé de Bogotá durante un periodo de dos años, una de ellas el Hospital de la Misericordia, mediante la revisión de los registros estadísticos

de urgencias del servicio de salud oral en cada una de las instituciones. De un total de 266 niños que sufrieron este tipo de trauma, según grupos de edad el 34% correspondió al de 7 a 12 años, 24.06% al de 0 a 2 años, 20.68% al de 3 a 6 años y la misma cifra para el grupo de 13 a 17 años. El estudio no lo especifica pero si reunimos los datos de los niños hasta los seis años tendremos un valor de 44.47%. El segundo estudio trata sobre la prevalencia y caracterización del trauma dentoalveolar en el Hospital de la Misericordia, entre enero de 2000 y Junio de 2003. Sobre 79 pacientes entre 1 a 16 años se encontró una prevaecía de 10.5%, con una frecuencia del 46% para la dentición temporal y una ocurrencia según grupos de edad de 21.5% entre los 0 a 2 años y de 46.8% hasta los cinco años. (Clavijo, 2009)

En base a lo anterior se tiene una recopilación teórica e investigativa de la temática manejada en este estudio acerca del conocimiento y la importancia que tienen los padres en los traumatismos dentoalveolares, y todo lo relacionado a esto.

7.2 ESTADO DEL ARTE

Un traumatismo se entiende como una lesión que es provocada sobre el organismo del paciente, que causa alteraciones en el funcionamiento normal, la variabilidad de este es el nivel de gravedad de cada trauma, la diferencia es lo que hace el tratamiento y la forma del trauma.(Sandoval, 2014)

Un trauma que afecta el físico es una lesión somática, la cual puede deberse a un sin número de factores y elementos que afecten directa o indirectamente el organismo. El trauma físico requiere casi siempre algún tipo de atención médica que puede implicar mayor o menor urgencia, mayor o menor complejidad y mayor o menor duración (Sandoval, 2014)

Más específicamente el trauma Dentoalveolar se define como un impacto agresivo sobre las estructuras biológicas dentales y/o estructuras adyacentes de las cuales se deriva algún tipo de lesión por esto existen gran variedad de situaciones diagnósticas que por lo general se presentan no como lesiones únicas sino múltiples

en el mismo paciente; sin olvidar que además frecuentemente están acompañadas de la afección de estructuras vecinas, en cara y cráneo, en este existen situaciones en donde el Tiempo juega un papel definitivo, es una verdadera urgencia, porque de su pronto manejo depende el pronóstico en la conservación del diente afectado; En un niño que esté en dentición permanente, y que casi siempre es un diente anterior superior, significa la pérdida definitiva de su sonrisa y de las funciones que desempeñan los dientes, afectando el crecimiento y desarrollo de los maxilares, además de la estética, función y autoestima entre otros. Estas situaciones corresponden a la Avulsión y las luxaciones extrusivas y laterales de los dientes permanentes. Clavijo (2009) afirma:

“Que para poder atender las lesiones o traumas dentoalveolares es importante conocer el estado del niño, si presenta otros síntomas que puedan enriquecer la historia clínica y puedan descartar otro diagnóstico y así poder ser más preciso es decir, si el niño presenta cefalea, nauseas, perdida del conocimiento, desorientación entre otras cosas, y de esta manera poder precisar el diagnóstico definitivo, para orientar el tratamiento”.

En caso de ocurrir un accidente, el odontólogo debe tener el suficiente conocimiento sobre el manejo de urgencias de traumas dentales y realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento integral, el profesional de odontología debe de estar preparado para reconocer la probabilidad de existir o estar frente a un caso de maltrato infantil en la consulta odontológica. Se debe estar atento ante la presencia de otros tipos de lesiones que se presentan fuera de la boca. También debe estar atento no solo a las manifestaciones físicas sino también emocionales. (Quintana, et al. 2008).

Veleiro (2001) afirma como primera medida se debe revisar los tejidos (blandos, duros y de soporte), desinfectar la zona y realizar el procedimiento pertinente de acuerdo a la lesión y el diagnostico; dependiendo del diente traumatizado y la gravedad de la lesión se deben tomar radiografías de dichos tejidos.

A través del tiempo se hace necesario que los padres tengan conocimiento acerca de los cambios fisiológicos normales y anormales que pueden presentar los hijos, entre ellos el trauma dentoalveolar que se pueden dar a cualquier edad, pero que principalmente se dan en la infancia, más aun en menores de dos años y entre los 7 y 9 años de edad, este trauma es un impacto agresivo en las estructuras naturales dentales y estructuras adyacentes y de estas se derivaría algún tipo de lesión; en base a esto una de las razones más frecuentes en odontología pediátrica es manejar dientes traumatizados inmaduros en su formación radicular y su cierre apical ya sean temporales o permanentes. (Clavijo, 2009)

Por lo anterior es importante que los padres tengan conocimiento acerca de los cambios que tienen sus hijos y cómo actuar frente a estos traumas y cuál es el protocolo a seguir desde cada hasta que se tenga el encuentro con el odontólogo encargado, por lo tanto se han realizado varias investigaciones acerca del trauma dentoalveolar y el conocimiento que tienen los padres acerca de esto.

Los traumatismos dentales se han llegado a considerar problemas de salud pública global debido a la frecuencia e incidencia en que suceden, por ende es importante reconocer el estado en el que se encuentra el paciente, en este caso pediátrico, observar sus síntomas (perdida del conocimiento, cefalea, vomito) inspeccionar los tejidos blandos, duros y luego los de soporte, dependiendo del traumatismo se deben tomar radiografías. El lapso del tiempo entre el traumatismo y la atención oportuna por parte del odontólogo no debe ser largo y dependiendo de la severidad se necesita atención oral especializada, y recibir ayuda multidisciplinaria, ejemplo; en Suecia se observó que en los primeros años de vida hasta los 16 años se notó que los accidentes más comunes en dentición primaria es lesión en tejidos de soporte, en dentición permanente la fractura no complicada de corona mostro ser el diagnóstico más frecuente (Veleiro, 2001).

Está demostrado hoy por hoy que para el éxito a largo plazo, el tratamiento de los dientes traumatizados óptimamente debe llevarse a cabo tan pronto como sea posible. Dado que, la mayoría de las lesiones traumáticas ocurren en el hogar, el pronóstico final de una avulsión dental puede depender de los conocimientos del

proceso de tratamiento, conocimientos que deben tener sus padres. Shashikiran, Reddy y Nagaveni (2006) Es necesario que los padres o personas a cargo, tengan conocimiento acerca del desarrollo, normalidad, anormalidad del desarrollo y los traumatismos dentoalveolares, de hecho en los niños se da un interés mayor debido al proceso de crecimiento óseo de los maxilares y el desarrollo de los dos sistemas dentarios, la dentición temporal permite la maduración del sistema, normalmente sirve de barrera protectora, pero en otras ocasiones puede transformarse en un agente agresor para los gérmenes dentarios subyacentes.

Ciertas veces la lesión traumática de los dientes de un niño puede tener consecuencias desde el punto de vista biológico y estético pero también un efecto emocional que conlleva a baja autoestima y en los peores casos fobia social, así como problemas sociales como bullying y matoneo, por lo que se hace necesario que el odontopediatra esté dispuesto a atender esta consulta y brindar tiempo para la asistencia oportuna. De la buena resolución de la consulta de urgencia va a depender en gran medida el buen pronóstico de la lesión; el odontólogo debe manejar las emociones del paciente, tranquilizándolo ya sea por medio de empirismo colaborativo, plural mayestático u otras técnicas psicológicas útiles en estos casos (Beck, 2000). Es necesario tener en cuenta, dirigir siempre la atención al niño manifestando el sentimiento de que él es lo más importante, demostrar tranquilidad y habilidad en el manejo de la situación, conocer las técnicas para tratar lesión y derivar oportunamente si lo considera conveniente Silva, Cabrera, García y Ramos (2008).

Por tanto los padres deben saber que al llevar a su hijo al odontólogo, que los traumatismos siempre debe ser considerada de urgencia y darle prioridad para su atención, tanto en la consulta privada como en los servicios de salud. Se debe tener conocimiento de esto ya que el paciente llega a la consulta generalmente acompañado por sus padres, en el momento del traumatismo concurre asustado, adolorido, nervioso por el traumatismo en sí y por la ansiedad que le induce su medio ambiente social. Sus padres están preocupados, a veces sintiendo culpa de no haber cuidado del niño y ansiosos por saber qué le sucedió a su hijo y cuáles serán las repercusiones de futuro (Silva, et al 2008)

7.3 EPIDEMIOLOGIA

El trauma de la región oral ocurre muy frecuentemente y comprende el 5% de todas las lesiones por las que la gente busca tratamiento. De todas las lesiones faciales, las lesiones dentales son las más comunes y de ellas las fracturas coronales y las luxaciones son las que ocurren más frecuentemente.

Las avulsiones representan del 1 al 16% de todas las lesiones dentales, siendo la avulsión de los dientes permanentes la más seria de todas. Su pronóstico depende de las medidas que se tomen en el lugar del accidente y del tiempo inmediatamente posterior a la avulsión. De todas las lesiones somáticas en preescolares, las que ocurren en cabeza representan hasta el 40%, dentro de las faciales, las dentales son las más comunes, y hasta 18% ocurren en los niños entre 0 a 6 años.

El trauma dentoalveolar ocurre a cualquier edad pero existen unos picos de ocurrencia como son, en menores de 2 años y entre los 7 a los 9 años (9, 8, 2) por esta razón muy frecuentemente nos vemos abocados a manejar dientes traumatizados inmaduros en su formación radicular y en su cierre apical, tanto temporales como permanentes.

7.4 CLASIFICACIÓN DEL TRAUMA DENTOALVEOLAR SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

Albarracin (2010), señala que las lesiones traumáticas dentales han sido clasificadas de acuerdo a una gran variedad de factores, como son, etiológicos, anatómicos, patológicos, de consideraciones terapéuticas y del grado de severidad. La siguiente clasificación se basa en un sistema adoptado por la Organización Mundial de la Salud OMS, el cual se aplica en la Clasificación Internacional de las Enfermedades en Odontología y estomatología. Sin embargo con el fin de incluir otras entidades no incluidas en la clasificación de la OMS, Andreasen y Andersson (2007) realizaron modificaciones que incluyen las lesiones de los dientes, de las estructuras de soporte, de la encía y mucosas orales y es aplicable tanto para la dentición temporal como permanente (1,12).

7.4.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS Y DE LA PULPA DENTAL SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007:

- *Infracción del esmalte*: Fractura superficial en cualquier sentido y sin pérdida de estructura dentaria.
- *Fractura de Esmalte*: Fractura profunda con pérdida de estructura dentaria de solo esmalte.
- *Fractura No Complicada de la Corona*: Afecta esmalte y dentina sin exposición pulpar.
- *Fractura Complicada de la Corona*: Afecta esmalte y dentina con exposición pulpar.

- *Fractura Corono-Radicular No Complicada*: Envuelve esmalte, dentina y cemento sin exponer la pulpa.
- *Fractura Corono-Radicular Complicada*: Envuelve esmalte, dentina y cemento exponiendo la pulpa.
- *Fractura Radicular*: Afecta dentina, cemento y pulpa. Se clasifican de acuerdo a su localización y al desplazamiento del fragmento coronal.

7.4.2 LESIONES A LOS TEJIDOS PERIODONTALES SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007:

- *Concusión*: Lesión menor de los tejidos periodontales, sin cambio de posición o movilidad dentaria pero con sensibilidad a la percusión. El suministro sanguíneo a la pulpa generalmente no se afecta.
- *Subluxación*: Lesión a los tejidos periodontales con aflojamiento o incremento en la movilidad y altamente sensible a la percusión pero sin desplazamiento. El suministro sanguíneo puede estar afectado.
- *Luxación Intrusiva*: Desplazamiento hacia apical del diente dentro del hueso alveolar, generalmente acompañada por fractura del hueso alveolar. (Dislocación central)
- *Luxación Extrusiva*: (Dislocación periférica o avulsión parcial) Desplazamiento coronal parcial del diente. Existe una separación parcial del ligamento periodontal y a menudo infracciones del alveolo.
- *Luxación Lateral*: Desplazamiento del diente en una dirección diferente a la axial. En la más frecuente la corona se dirige a palatino y la parte apical de la raíz hacia vestibular. Se acompaña de fractura del hueso alveolar y el ligamento periodontal está dañado en forma parcial.
- *Avulsión*: (Exarticulación) Desplazamiento completo del diente fuera de su alveolo.

7.4..3 LESIONES DEL HUESO DE SOPORTESEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007:

- *Fractura Conminuta del Alveolo:* Aplastamiento y compresión del alveolo en maxilar superior o en la mandíbula, es común en la luxación intrusiva y lateral.
- *Fractura simple de la Pared Alveolar:* Está limitada a la pared vestibular o lingual del alveolo.
- *Fractura del Proceso Alveolar:* Fractura del proceso alveolar que puede o no involucrar al diente.
- *Fractura de la Mandíbula o del Maxilar:* Fractura extensa del hueso basal y/o de la rama mandibular y puede o no estar involucrado el hueso alveolar.

7.4.4 LESIONES DE LA ENCÍA O DE LA MUCOSA ORALSEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007:

- *Abrasión:* Herida superficial en donde el tejido epitelial es frotado o raspado dejando una superficie sangrante y cruenta.
- *Contusión:* Hemorragia de tejido subcutáneo sin laceración del tejido epitelial, causada generalmente por un objeto sin filo que golpea al tejido. Se encuentra acompañada por hematoma de la mucosa.
- *Laceración:* Desgarro del tejido dejando una herida superficial o profunda generalmente causada con un objeto afilado.

TABLA 1: FRACTURA CORONARIA NO COMPLICADA.

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DENTARIAS Y DEL HUESO ALVEOLAR SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Permanente	La fractura involucra esmalte o esmalte y dentina; la pulpa no está expuesta. Las pruebas de sensibilidad pueden ser negativas inicialmente, indicando daño pulpar transitorio.	Tomar 3 radiografías para descartar desplazamiento o fractura de la raíz. Se recomienda tomar radiografía en zona de laceraciones del labio o mejilla, en busca de fragmentos dentarios o cuerpos extraños.	Si el fragmento dentario está disponible, éste puede reposicionarse con un sistema de adhesión (resina). La opción para el tratamiento de la urgencia, es cubrir la dentina expuesta con ionómero de vidrio en forma temporal o una restauración permanente. El tratamiento definitivo es la restauración.
Temporal	La fractura involucra esmalte o esmalte y dentina; la pulpa no está expuesta.	Se mirará la relación entre la fractura y la cámara pulpar.	Suavizar ángulos filosos. Si es posible el diente puede ser restaurado con ionómero de vidrio o una obturación en resina.

TABLA 2: FRACTURA CORONARIA COMPLICADA

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DENTARIAS Y DEL HUESO ALVEOLAR SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Permanente	Fractura que involucra esmalte, dentina, y la pulpa se encuentra expuesta. Las pruebas de sensibilidad no están indicadas generalmente ya que la vitalidad de la pulpa puede observarse.	Tomar 3 radiografías para descartar desplazamiento o fractura de la raíz. Se recomienda tomar radiografía en zona de laceraciones del labio o mejilla, en busca de fragmentos dentarios o cuerpos extraños. Se mira el estado de desarrollo radicular	En pacientes jóvenes que presentan raíces inmaduras, en proceso de formación, es conveniente preservar la vitalidad pulpar mediante recubrimiento pulpar o pulpotomía parcial. Si ha transcurrido mucho tiempo entre el accidente y el tratamiento, y la pulpa se encuentra necrótica, el tratamiento del conducto radicular está indicado para mantener el diente.
Temporal	La fractura involucra esmalte y dentina, y la pulpa se encuentra expuesta.	Una radiografía es útil para determinar la extensión de la fractura y el grado de desarrollo radicular.	En niños muy pequeños con raíces inmaduras, y aún en desarrollo, es ventajoso preservar la vitalidad pulpar mediante un recubrimiento o

			una pulpotomía parcial. Este tratamiento también es de elección en pacientes jóvenes con raíces completamente formadas.
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TABLA 3: FRACTURA CORONO-RADICULAR

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DENTARIAS Y DEL HUESO ALVEOLAR SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Permanente	La fractura involucra esmalte, dentina y estructura radicular; la pulpa puede o no estar expuesta. Hallazgos adicionales pueden incluir fragmentos móviles pero aún adheridos. El test de sensibilidad generalmente es positivo.	Necesaria más de una angulación radiográfica para detectar líneas de fractura en la raíz.	Las recomendaciones de tratamiento son las mismas que para fracturas complicadas de corona. Puede ser conveniente intentar estabilizar los segmentos móviles del diente uniéndolos con resina.

Temporal	La fractura involucra esmalte, dentina y estructura radicular; la pulpa puede o no estar expuesta. Hallazgos adicionales pueden incluir fragmentos dentarios sueltos, pero aún adheridos.	En fracturas posicionadas lateralmente, se puede apreciar la extensión en relación al margen gingival.	La exodoncia es el tratamiento recomendado.
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

TABLA 4: FRACTURA RADICULAR

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DENTARIAS Y DEL HUESO ALVEOLAR SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Permanente	El segmento coronario puede estar móvil y desplazado. El	Las fracturas que están en el plano horizontal pueden ser	Si está desplazado, reposicionar el segmento coronario tan pronto como

	<p>diente puede estar sensible a la percusión. El test de sensibilidad puede dar resultados negativos inicialmente puede aparecer una decoloración transitoria de la corona (rojo o gris)</p>	<p>detectadas generalmente en la película corriente con angulación de 90° y el rayo central a través del diente. Este es el caso de fracturas del tercio cervical de la raíz. Si el plano de la fractura es más diagonal, lo que es común en fracturas del tercio apical</p>	<p>sea posible. Verificar su posición radiográficamente. Estabilizar el diente con una férula flexible por 4 semanas. Si ocurre necrosis pulpar, se indica tratamiento de conducto radicular del segmento coronario hasta la línea de fractura, para conservar el diente.</p>
Temporal	<p>El fragmento coronario está móvil y puede estar desplazado.</p>	<p>La fractura se ubica por lo general en el tercio medio o apical de la raíz.</p>	<p>Si el fragmento coronario está desplazado, extraer solo la porción del diente.</p>

TABLA 5: FRACTURA ALVEOLAR

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DENTARIAS Y DEL HUESO ALVEOLAR SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Permanente	La fractura involucra el hueso alveolar y puede extenderse al hueso adyacente. Movilidad del segmento y dislocación son hallazgos comunes. Se observa con frecuencia alteración en la oclusión	Líneas de fractura pueden ubicarse en cualquier nivel, desde el hueso marginal hasta el ápice de la raíz.	Reposicionar cualquier fragmento desplazado y ferulizar. Estabilizar el segmento por 4 semanas.
Temporal	La fractura compromete al hueso alveolar. El segmento que contiene al diente está móvil y generalmente desplazado. A menudo se nota interferencia oclusal.	Con la radiografía se evidenciará la línea de fractura horizontal en relación a los ápices de los dientes temporales y a sus sucesores permanentes.	Reposicionar cualquier segmento ferulizar. Con frecuencia se requiere de anestesia general. Monitorear los dientes ubicados en la línea de fractura.

TABLA 6: CONCUSIÓN

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES DENTARIAS SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Permanente	El diente está sensible al tacto o a un golpe ligero. No ha sido desplazado. No tiene movilidad aumentada. El test de sensibilidad generalmente da resultado positivo.	No se observan anomalías en la radiografía.	No requiere tratamiento. Observación.
Temporal	El diente está sensible al tacto. No tiene aumento de movilidad. hay hemorragia del surco gingival.	No hay anomalías en la radiografía, el espacio periodontal es normal.	No requiere tratamiento. Observación.

TABLA 7: SUBLUXACIÓN

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES DENTARIAS SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Permanente	El diente está sensible al tacto o a un golpe ligero. Tiene movilidad aumentada. No tiene desplazamiento. Se puede observar hemorragia del surco gingival. El test de sensibilidad puede ser negativo inicialmente	Por lo general no se encuentran anomalías en la radiografía.	Se puede usar una férula flexible para estabilizar el diente por comodidad del paciente; hasta por 2 semanas.
Temporal	El diente tiene aumento de la movilidad, pero no ha sido desplazado. Puede haber hemorragia del surco gingival.	No se encuentran anomalías en la radiografía. Espacio periodontal normal	No requiere tratamiento. Observación

TABLA 8: LUXACIÓN EXTRUSIVA

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES DENTARIAS SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Permanente	El diente está sensible al tacto o a un golpe ligero. No ha sido desplazado. No tiene movilidad aumentada. El test de sensibilidad generalmente da resultado positivo.	No se observan anomalías en la radiografía.	No requiere tratamiento. Observación.
Temporal	El diente está sensible al tacto. No tiene aumento de movilidad. No hay hemorragia del surco gingival.	No hay anomalías en la radiografía, el espacio periodontal es normal.	No requiere tratamiento. Observación.

TABLA 9: LUXACIÓN LATERAL

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES DENTARIAS SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Permanente	Generalmente el diente está desplazado en una dirección palatina/lingual o vestibular. Estará inmóvil. El test de percusión frecuentemente da un sonido alto, metálico (tono de anquilosis). Pruebas de sensibilidad probablemente darán resultados negativos. Por lo general ocurre revascularización pulpar.	El espacio periodontal ensanchado se aprecia mejor en las radiografías oclusales o excéntricas.	Reposicionar el diente con fórceps para soltarlo de su tabla ósea y reposicionarlo suavemente en su ubicación original. Estabilizar el diente con una férula flexible por 4 semanas. Monitorear la condición de la pulpa; si la pulpa se necrosa, el tratamiento de conducto radicular está indicado para prevenir reabsorción radicular.
Temporal	Generalmente el diente está desplazado en una dirección	El aumento del espacio periodontal en apical se	Si no hay interferencia oclusal, se deja que el diente se repositone

	palatina/lingual. A menudo estará inmóvil.	observa mejor en una radiografía oclusal.	espontáneamente. Cuando hay interferencia oclusal, el diente puede ser reposicionado suavemente En desplazamientos severos, la exodoncia es el tratamiento de elección. Si existe una interferencia oclusal menor, se indica un ligero desgaste.
--	--------------------------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TABLA 10: LUXACIÓN INTRUSIVA

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES DENTARIAS SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Permanente	El diente está desplazado axialmente dentro del hueso alveolar. Está inmóvil y el test de percusión puede dar un sonido alto, metálico (tono	El espacio del ligamento periodontal puede estar ausente de toda o parte de la raíz.	Dientes con formación radicular incompleta Permitir que la reposición espontánea ocurra. Si no se observa movimiento dentro de las siguientes 3 semanas, se recomienda una

	de anquilosis). Probablemente las pruebas de sensibilidad darán resultados negativos. En dientes inmaduros puede haber revascularización pulpar.		reposición ortodóntica rápida. Dientes con formación radicular completa: El diente debe ser reposicionado ortodóntica o quirúrgicamente tan pronto como sea posible.
Temporal	Frecuentemente el diente está desplazado a través de la tabla ósea vestibular, o puede estar impactando al germen dentario del sucesor.	Cuando el ápice está desplazado hacia o a través de la tabla vestibular, el ápice puede visualizarse y el diente afectado aparece más corto que el contralateral. Cuando el ápice está desplazado hacia el germen del diente permanente, el ápice no puede ser visualizado y el diente aparece elongado.	Si el ápice está desplazado hacia o a través de la tabla vestibular, se deja el diente para que se reposicione espontáneamente. Si el ápice está desplazado hacia el germen dentario en desarrollo, se debe extraer.

TABLA 11: AVULSIÓN EN DIENTES

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES DENTARIAS SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
Temporal	El diente está completamente fuera del alvéolo	El examen radiográfico es esencial para comprobar que el diente perdido no está intruido.	No se recomienda reimplantar los dientes temporales avulsionados.

**TABLA 12: AVULSIÓN EN DIENTES PERMANENTES
PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES DENTARIAS SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.**

SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
<p>Ápice cerrado: El diente ya ha sido reimplantado antes que el paciente llegue a la consulta.</p>	<p>* Limpiar el área afectada con spray de agua, suero o clorhexidina. * No extraer el diente. * Suturar laceraciones gingivales si están presentes. * Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. * Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas. * Administrar antibioterapia sistémica; la primera elección es Tetraciclina (Doxiciclina, 2 por día durante 7 días en dosis apropiada para la edad y peso del paciente). Debe considerarse el riesgo de tinción de los dientes permanentes, previo a la administración sistémica de tetraciclina en pacientes jóvenes. En ellos, como alternativa a la tetraciclina puede ser dada la Fenoximetilpenicilina (PEN V), en dosis apropiadas para la edad y peso. * Si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección al tétano es incierta, referir el paciente a un médico para evaluar la necesidad de una vacuna antitetánica. * Iniciar el tratamiento del conducto radicular 7 a 10 días después del reimplante (tras de remover la férula). • Colocar hidróxido de calcio como medicación intra-conducto hasta la obturación definitiva del conducto. Instrucciones al Paciente: * Dieta semisólida hasta por 2 semanas.</p> <p><i>Dentición hallazgos clínicos hallazgos radiográficos tratamiento</i></p>

	<p><i>Temporal</i></p> <p>El diente está completamente fuera del alvéolo. El examen radiográfico es esencial para comprobar que el diente perdido no * Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida. * Uso de enjuague con clorhexidina (0,1%) dos veces al día, durante una semana. Controles de Seguimiento: Ver seguimiento de dientes permanentes avulsionados.</p>
<p>Ápice cerrado: El diente ya ha sido colocado en un medio de conservación especial, solución de Hanks, leche, solución salina o saliva. El tiempo extra oral seco fue menor de 60 minutos.</p>	<p>* Si el diente está contaminado, limpiar la superficie radicular y el foramen apical con un chorro de suero y colocar el diente en suero. Remover el coágulo del alvéolo con un chorro de suero. * Examinar el alvéolo. Si hay una fractura en la pared alveolar, reposicionarla con un instrumento adecuado. * Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. * Suturar laceraciones gingivales. * Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. * Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas. * Administrar antibioterapia sistémica; la primera elección es Tetraciclina (Doxiciclina, 2 por día durante 7 días en dosis apropiada para la edad y peso del paciente). Debe considerarse el riesgo de tinción de los dientes permanentes, previo a la administración sistémica de tetraciclina en pacientes jóvenes. En ellos, como alternativa a la tetraciclina puede ser dada la Fenoximetilpenicilina (PEN V), en dosis apropiadas para la edad y peso. * Si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección al tétano es incierta, referir al médico para evaluar necesidad de una vacuna antitetánica. * Iniciar el tratamiento del conducto</p>

	<p>radicular 7 a 10 días después del reimplante (tras remover la férula). * Colocar hidróxido de calcio como medicación intra-conducto hasta la obturación definitiva del conducto.</p> <p>Instrucciones al Paciente: * Dieta semisólida hasta por 2 semanas. * Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida. *Uso de enjuague con clorhexidina (0,1%) dos veces al día, durante una semana. Controles de Seguimiento: Ver seguimiento de dientes permanentes avulsionados.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TABLA 13: AVULSIÓN EN DIENTES TEMPORALES

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES DENTARIAS SEGÚN THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY 2007.

SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
<p>Ápice abierto: El diente ya ha sido reimplantado antes que el paciente llegue a la consulta o clínica.</p>	<p>* Limpiar área afectada con spray de agua, suero o clorhexidina. * No extraer el diente. * Suturar laceraciones gingivales si están presentes. * Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. * Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas.</p> <p>* Administrar antibioterapia sistémica: Para niños de 12 años y menores; Penicilina V (Fenoximetilpenicilina) en la dosis apropiada para la edad y peso del paciente. Para los niños mayores de 12 años de edad en donde el riesgo de decoloración por tetraciclina es bajo; Tetraciclina (Doxiciclina, 2 por día durante 7 días en la dosis apropiada para la edad y peso</p>

	<p>del paciente). • Referir el paciente a un médico para evaluar la necesidad de una vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección al tétano es incierta. El objetivo del reimplante de dientes todavía en desarrollo (inmaduros) es permitir la posible revascularización de la pulpa dental. Si eso no ocurre puede recomendarse tratamiento de conducto radicular (ver seguimiento). Instrucciones al Paciente: * Dieta semisólida hasta por 2 semanas. * Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida. * Uso de enjuague con clorhexidina (0,1%) dos veces al día, durante una semana. Controles de Seguimiento: Ver seguimiento de dientes permanentes avulsionados.</p>
<p>Ápice abierto: El diente ha sido colocado en un medio de conservación especial, solución de Hanks, leche, solución salina o saliva. El tiempo extra oral seco fue menor de 60 minutos.</p>	<p>* Si el diente está contaminado, limpiar la superficie radicular y el foramen apical con un chorro de solución salina. Remover el coágulo del alvéolo con un chorro de suero, y luego reimplantar el diente. * Si hay disponibilidad, cubrir la superficie radicular con micro esferas de clorhidrato de minociclina (Arestin® -OralPharma Inc.) antes de reimplantar el diente. * Examinar el alvéolo; si hay fractura de la pared alveolar, reposicionarla con un instrumento adecuado. * Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. * Suturar laceraciones gingivales, especialmente en el área cervical. * Verificar posición normal del diente reimplantando clínica y radiográficamente. * Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas. * Administrar antibioterapia sistémica: Para niños de 12 años y menores; Penicilina V (Fenoximetilpenicilina) en la dosis apropiada para la edad y peso. Para niños mayores de 12 años de edad, donde el riesgo de decoloración por tetraciclina es bajo; Tetraciclina (Doxiciclina, 2 por día durante 7 días en la dosis apropiada para la edad y peso). • Referir al paciente a un médico para evaluar la necesidad de una vacuna antitetánica si el diente</p>

	<p>avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección al tétano es incierta. El objetivo del reimplante de dientes todavía en desarrollo (inmaduros) es permitir la posible revascularización de la pulpa dental. Si eso no ocurre puede recomendarse tratamiento de conducto radicular (ver procedimientos de seguimiento). Instrucciones al Paciente: * Dieta semisólida hasta por 2 semanas. * Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida. * Uso de enjuague con clorhexidina (0,1%) dos veces al día, durante una semana. Controles de Seguimiento: Ver seguimiento de dientes permanentes avulsionados.</p>
<p>Ápice abierto: Tiempo extra oral, seco mayor de 60 minutos.</p>	<p>La técnica de reimplante tardío consiste en: * Remover el tejido necrótico adherido con una gasa. * El tratamiento del conducto radicular puede realizarse previo al reimplante a través del ápice abierto. * Remover el coágulo del alvéolo con un chorro de suero. * Examinar el alvéolo; si hay una fractura de la pared, reposicionarla con un instrumento adecuado. * Sumergir el diente en una solución de fluoruro de sodio al 2% por 20 minutos. * Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. * Suturar laceraciones gingivales. * Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. * Estabilizar el diente por 4 semanas usando una férula flexible. * Administrar antibioterapia sistémica de la forma descrita previamente. * Referir al paciente a un médico para evaluar la necesidad de una vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección al tétano es incierta. Instrucciones al Paciente:} * Dieta semisólida hasta por 2 semanas. * Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida. * Uso de enjuague con clorhexidina (0,1%) dos veces al día, durante una semana. Controles de Seguimiento: Ver seguimiento de dientes permanentes avulsionados.</p>

8. METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo cualitativo, lo cual, “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice” (Hernández, Fernández y Baptista 2003).

8.2 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se tomaron preguntas de los instrumentos de recolección de la información de los artículos estudiados como base, Hegde et al., (2010). Sánchez et al., (2010). Sousa et al., (2009), Shashikiran et al., (2006). Validada mediante tres pares académicos conformados por un endodoncista, un experto en pedagogía y una odontopediatra, los cuales hicieron sus respectivas observaciones, correcciones y recomendaciones hasta obtener una encuesta conformada por 10 preguntas de selección múltiple con única respuesta.

8.3 PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN

Nuestra investigación se desarrollará bajo el enfoque de investigación mixto, no siendo más que la integración sistemática del método cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno. Estos pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales (“forma pura de los métodos mixtos”). Alternativamente, estos métodos pueden ser adaptados, alterados o sintetizados para efectuar la investigación y lidiar con los costos del estudio (“forma modificada de los métodos mixtos”). Chen (como se citó en Sampieri, 2010). De esta manera la información que recopilemos será más significativa y podemos así mostrar una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno estudiado.

8.4 MÉTODO DE INCLUSIÓN

Padres o personas responsables del cuidado de los niños asistentes a la clínica de odontopediatria de la universidad del magdalena en el periodo académico 2014- 1.

8.5 MÉTODO DE EXCLUSIÓN

Padres o personas responsables del cuidado de los niños asistentes a la clínica de odontopediatria de la universidad del magdalena en el periodo académico 2014- 2

Padres que no asistieron la clínica de odontopediatria de la universidad del magdalena en el periodo académico 2014-1.

8.6 POBLACIÓN

Para esta investigación se tomaron como población un total de 139 Padres y/o personas a cargo del cuidado de los pacientes que asisten a consulta en la clínica de odontopediatria de la universidad del Magdalena, en el periodo académico 2014-1.

8.7 MUESTRA

La muestra de esta investigación se escogió a través de un muestreo Intencional o de conveniencia, la cual, “busca obtener una muestra de elementos convenientes. La selección de las unidades de muestra se deja principalmente al entrevistador, se selecciona a los entrevistados porque se encuentran en el lugar adecuado en el momento oportuno” (Capítulo III, p. 22). Con este fin se utilizó ese tipo de muestreo, ya que, los individuos escogidos fueron aquellos que cumplían con el perfil para participar en el estudio y presentan la disposición y disponibilidad para la presente investigación.

A su vez es pertinente mencionar que se utilizó técnicas estadística inferencial para designar un tamaño de la muestra significativo como también un ajuste por finitud para disminuir el tamaño resultante de las operaciones estadísticas y generar una mayor pertinencia y resultados más certeros de la investigación.

Por lo tanto se utilizó una muestra de 73 padres y/o personas a cargo del cuidado de los niños asistentes a la clínica de odontopediatria de la universidad del magdalena.

8.7.1 CALCULO DE MUESTRA

$$p: 0.5 \quad q: 0.5 \quad za^2: 3.84 \quad N: 150 \quad (e)^2: 0.0025$$

$$n = \frac{p*q*za^2*N}{N*(e)^2*za^2*p*q} \quad n = 139.2$$

8.7.2 AJUSTE POR FINITUD

$$f = \frac{n}{N} = \frac{139.2}{150} = 0.928 \quad n = \frac{n}{1+(f)} = \frac{139.2}{1+0.928} = 72.199 \rightarrow 73$$

La muestra es distribuida de la siguiente manera:

Octavo semestre: 35 padres

Noveno semestre: 38 padres

9. RESULTADOS

En esta investigación se realizan las siguiente tablas que dan soporte a los resultados del instrumento utilizado, en donde podemos establecer si se cumplió con las pregunta problema y los objetivos.

Tabla 14. Grupo de Edad y Género

Grupo De Edad * Genero				
		Genero		Total
		Masculino	Femenino	
Grupo De Edad	20 A 27	Recuento	0	9
		% Del	,0%	12,3%
		Total		9
	28 A 35	Recuento	7	31
		% Del	9,5%	42,4%
		Total		38
	36 A 43	Recuento	6	10
		% Del	8,2%	15,0%
		Total		16
	44 A 62	Recuento	2	7
		% Del	2,7%	9,5%
		Total		10
Total		Recuento	15	58
		% Del	20,5%	79,4%
		Total		73
				99,9%

De acuerdo a lo reflejado en la tabla anterior, se puede concluir que, con respecto a la relación entre la edad de los participantes y el sexo, donde en el grupo de edad de 20 a 27 años, se presentan solo 9 participantes del sexo femenino; en el grupo de edad de 28 a 35

años se muestran 7 participantes del sexo masculino y 31 del sexo femenino; a su vez se presentan 6 sujetos del sexo masculino y 11 del sexo femenino pertenecientes al grupo de edad de 36 a 43 años y concluyendo en el grupo de 44 a 62 años se muestran 2 participantes del sexo masculino y 7 del sexo femenino, para un recuento total de 73 sujetos repartidos de la siguiente manera: 15 participantes del sexo masculino y 58 del sexo femenino.

Tabla 15. Sondeo Demográfico

		Recuento	% del N de la tabla
1. Es usted padre o madre cabeza de familia	SI	53	72,6%
	NO	20	27,3%
	Total	73	99,9%
2. Es usted quien cuida y/o atiende a su hijo	SI	62	84,9%
	NO	11	15,0%
	Total	73	99,9%
3. Qué grado de Educación tiene la persona que cuida al niño.	Básica primaria	10	13,6%
	Bachiller	48	65,7%
	Profesional	13	17,8%
	Analfabeta	2	2,7%
	Total	73	99,9%
4. Ha recibido alguna información acerca de qué hacer si se presenta un trauma y/o injuria en boca y/o dientes?	SI	18	24,6%
	NO	55	75,3%
	Total	73	99,9%
Por parte de quién?	por el odontólogos	17	23,2%
	por folletos, radio o televisión	1	1,3%

nunca ha recibido información acerca del tema	55	75,3%
Total	73	99,9%

En la tabla anterior, se establece un sondeo demográfico con relación a información de los participantes de la presente investigación, dividido en ciertos ítems de real importancia para los investigadores. De acuerdo a lo reflejado en las respuestas el 72,6 % de la muestra participante afirma ser padre o madre soltero(a) con relación del 27,3 % que establece que no; a su vez con relación al ítem 2. Es usted quien cuida y/o atiende a su hijo se refleja por medio de la tabla que el 84,9% de los padres son ellos mismos quienes cuidan a sus hijos, sin embargo con el 15% establece que no; por otro lado en el ítem 3 con referencia al grado de educación del cuidador del niño, muestra que el 13,6 % de los participantes tienen una educación de nivel básica primaria, como a su vez el 65,7% proyecta que es Bachiller Académico, como también el 17,8% refiere que es profesional, sin embargo el 2,7% son analfabetas. con relación al siguiente ítem donde se cuestiona si se ha recibido algún tipo de información si hay alguna lesión en la boca o dientes del paciente a lo cual según la tabla plasmaron que el 75,3% afirman que no han recibido información pertinente a este tema y el 24,6% alega que si ha recibido información sin embargo de manera descriptiva y discriminatoria se puede visualizar el tipo de información a la que han sido expuestos los participantes de la investigación, donde 23,2 % dice que por partes de odontólogos mientras que el 1,3% argumenta que se han enterado por medio de radios, folletos y televisión; a su vez el 75,3% respectivamente propone que no ha recibido información alguna con referencia a este tema.

Tabla 16. Información

5. Si su hijo sufre un golpe y/o injuria en un diente y/o boca mientras juega, usted q hace?	Lo lleva al odontólogo	34	45,5%
	Lo lleva al médico y/o al hospital	33	45,2%
	lo maneja usted en casa	6	8,2%
	Total	73	98,9%
6. Después de un trauma y/o injuria en los dientes y/o boca, cuál considera usted que es el mejor momento para buscar ayuda profesional?	Hasta 1 hora después del accidente	5	6,8%
	Hasta 2 horas después del accidente	0	,0%
	Inmediatamente después del accidente	55	75,3%
	Al día siguiente cuando el niño está tranquilo	6	8,2%
	No sabe, no responde	7	9,5%
Total	73	99,8%	
7. Después de la primera atención por urgencia cuando se presenta un trauma en boca y/o diente usted considera que	Es suficiente con el tratamiento que se le realizo	5	6,8%
	Es necesario seguir las recomendaciones y continuar asistiendo a citas de control con un	43	58,9%

	odontólogo especialista en el área.		
	Es necesario seguir las recomendaciones y continúa asistiendo a citas de control con un odontólogo general	18	24,6%
	Es suficiente con seguir las recomendaciones proporcionadas por el profesional que le atendió la urgencia, y no es necesario asistir a citas de control	2	2,7%
	no sabe no responde	5	6,8%
	Total	73	98,9%
8. Considera usted que cuando un diente sale de la boca por un trauma, puede ser salvado?	SI	27	36,5%
	NO	46	63,5%
	Total	73	100,0%
9. Si un diente sale por completo de la boca por un trauma usted que hace?	Lo vuelve a colocar de nuevo en su lugar	1	1,3%
	Lleva el diente al odontólogo inmediatamente	25	34,2%
	Detiene el sangrado y descarta el diente	21	28,7%
	No está seguro de que	26	35,6%

		hacer	
		Total	73 99,8%
10. Si usted decide llevar el diente que salió de la boca después del trauma, en cuál de las siguientes opciones lo llevaría	En un pañuelo	56	76,7%
	En leche fría	1	1,3%
	En agua	5	6,8%
	Suero fisiológico	11	15,0%
	Dentro de la boca	0	,0%
		Total	73 99,8%

Continuamente con la Tabla 3. Con respecto al ítem 5., referente al que hacer del cuidador cuando el niño sufre un golpe y/o injuria en un diente y/o boca mientras juega, los participantes encuestados, el 45,5% Lo lleva al odontólogo de una manera similar con un 45,2% los cuidadores Lo lleva al médico y/o al hospital mientras que con un 8,2% afirman que lo atienden en la casa; seguidamente en el próximo ítem que hace referencia a cuando se considera el momento oportuno para buscar ayuda profesional al momento después de un trauma y/o injuria en los dientes y/o boca, donde el 6,8% de los participantes de la investigación muestran tendencia hacia llevarlos a atención. Hasta 1 hora después del accidente, a su vez con un 75,3% de los encuestados consideran que la atención debe ser Inmediatamente después del accidente mientras que el 8,2% plantean

que debe ser al día siguiente cuando el niño está tranquilo, sin embargo con un 9,5% de los participantes no saben o no respondieron este ítem en la encuesta aplicada; Con relación al siguiente ítem donde se cuestiona si, después de la primera atención por urgencia cuando se presenta un trauma en boca y/o diente donde el 6,8% afirma y considera que es suficiente con el tratamiento que se le realizó, a su vez un 58,1% considero que es necesario seguir las recomendaciones y continuar asistiendo a citas de control con un odontólogo especialista en el área por otro lado con un 24,6% afirma que es necesario seguir las recomendaciones y continúa asistiendo a citas de control con un odontólogo general, como también con un 2,7% de los participantes de la investigación consideran es suficiente con seguir las recomendaciones proporcionadas por el profesional

que le atendió la urgencia, y no es necesario asistir a citas de control sin embargo con un 6,8% de los encuestados no sabe no responde ante el ítem; estableciendo un análisis con el ítem 8 “ Considera usted que cuando un diente sale de la boca por un trauma, puede ser salvado?” el 63,5 % de la población respondió negativamente a esta pregunta , y el 36,5% de los encuestados consideran que si se puede recuperar el diente , seguidamente con el ítem 9 con relación a la pregunta anterior , se aborda a los participantes para identificar que harían si un diente un diente sale de la boca por un trauma, ¿Qué harían?, con un 1,3% de los sujetos encuestados consideran que lo vuelve a colocar de nuevo en su lugar, a su vez con un 34, 2% , determina que Lleva el diente al odontólogo inmediatamente es la mejor forma de ayudar , sin embargo con un 28,7 % , se preocupa más por el sangrado dental y descarta el diente . Y concluyentemente con un 35,6% la opción de no sabe que hacer es la escogida por los participantes; Posteriormente a este ítem, es valedero identificar como llevar el diente a odontólogo después de haberlo perdido por un trauma, y las respuesta más escogida por los participantes fue en un pañuelo con un valor de 76,7%, seguidamente

Lo llevarían dentro de leche fría con un porcentaje del 1,3%, a su vez con un valor de 6,8% establecen que llevarlo en agua es lo más indicado, y finalmente llevar el diente hacia el odontólogo después de un trauma en suero fisiológico fue la última respuesta dada por los participantes de la presente investigación indicando un valor porcentual de 15% de los votos.

10. DISCUSIÓN

El estudio buscó determinar la actitud en el manejo de traumatismos dentoalveolares en los padres o personas a cargo del cuidado de los niños asistentes a la clínica de odontopediatría de la universidad del magdalena, en el periodo académico 2014-1. Así mismo mostrar la importancia que tienen los padres y personas responsables de los niños en la prevención y manejo adecuado de traumatismos dentarios, debido a que la gran parte de los accidentes en niños son domésticos y en la mayoría de los casos son los padres los que acompañan, y atienden al niño en el primer momento, por lo tanto deben estar preparados o por lo menos tener cierto nivel de conocimiento para saber qué hacer en dicha situación y lograra tener un mejor pronóstico cuando el tratamiento pase a manos de una persona especializada.

Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que el manejo de trauma dentoalveolar de los padres es malo en el 75.7% de los encuestados y sólo es bueno en el 24.3% de los padres, por lo que se deduce que no están preparados para afrontar un accidente de esta naturaleza. Estos resultados pueden justificarse ya que según el estudio el 75.7% de los padres no habían recibido información sobre primeros auxilios dentales, mientras que el 23% tenía información que había sido dada por parte del odontólogo y el 1.3 % por medio de folletos y la televisión.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Sánchez et al. (2011), los cuales encontraron que el 91.67% tuvo un nivel de conocimiento malo, ya que no habían recibido información acerca del tema, y con los estudios de Padilla, et al. 2005), donde el 87% de los padres nunca había recibido ningún tipo de información acerca de trauma dentoalveolar, mientras que tan solo el 8% tenía cierto conocimiento dado por el odontólogo tratante, lo cual concluye que no se contaba con un nivel de conocimiento apto para atender un traumatismo y lograr un buen pronóstico.

En cuanto a los datos personales de los encuestados en la investigación se preguntó por el sexo, la edad y el nivel de escolaridad con el fin de determinar ciertas diferencias en el nivel de conocimiento que presentaban los encuestados.

Con respecto a que si un órgano dentario luego de ser avulsionado podría salvarse el 63.5% de los encuestados contestaron que no, mientras que el 36.5% respondió que sí; con respecto a la pregunta qué harían si un diente sale por completo de la boca el 35.1% contestó que lo llevaría al odontólogo inmediatamente, el 1.4 % lo reimplantaría, el 28.4% descartaría el diente y el 35.1% no está seguro de que hacer, esto difiere con la investigación de Shashikiran et al. (2006), donde el 18.8% reimplantaría el órgano dentario si provienen de una zona urbana, mientras en la zona rural se presentó un porcentaje del 98%.

Con respecto al medio en que llevaría el diente en caso de una avulsión en nuestra investigación el 77% lo llevaría en un pañuelo, el 1.4% en leche fría, el 6.8% en agua, y el 14.9% en suero fisiológico, mientras que en la investigación de Shashikiran et al (2006), el 34% de los padres urbanos usaría agua y la investigación de Padilla, Borges, Fernández y Valenzuela.(2005), donde el 57% de los padres lo haría en medio seco.

En nuestra investigación al momento de aplicar el instrumento de recolección de datos se manifestaron las inquietudes de algunos padres por saber si lo que estaban contestando era adecuado, muchos de ellos pidieron explicaciones en ciertas preguntas, lo cual demostró la carencia de conocimientos acerca del tema por parte de los encuestados.

Esta misma situación se ve reflejada en el estudio realizado por Padilla et al (2005), donde de 100 padres solo 8 tenían información previa acerca del tema y en el de Shashikiran et al., (2006), donde también los encuestado demostraron interés para aumentar sus conocimientos respecto al tema.

Durante la encuesta y después de la encuesta se les aclararon a algunos padres ciertas preguntas donde presentaban dudas y se le explico que las charla informativa seria dada por otro grupo de investigación donde se haría la intervención y se mediría lo aprendido, ya que este trabajo solo se encargó de dar un diagnóstico para saber con qué conocimiento contaban los padres y personas a cargo de los niños con respeto al tema.

11. CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos:

- Se puede concluir que el mayor porcentaje de las personas a cargo de los niños son madres, mujeres entre los 28 y 35 años cabezas de familia, que en mayor porcentaje solo terminaron la secundaria (bachillerato).
- El 75.3 % de los encuestado afirma nunca haber recibido información acerca de trauma dentoalveolar, en concordancia con esto la mayoría de los encuestados desconoce el medio ideal para trasportar un dientes, por lo tanto no son capaces de manejar adecuadamente un trauma dentoalveolar.
- El 90.7 % de los encuestados llevaría a su hijo a un profesional, pero de ese un alto porcentaje desconoce que el profesional idóneo para tratar un trauma dentoalveolar es el odontólogo, lo cual genera un aumento considerable en la probabilidad de un fracaso en cuanto al tratamiento y pronostico del diente afectado, lo que concluye que en un gran porcentaje los padres carecen de información para saber dónde acudir en una situación como esta.

Teniendo en cuenta las creencias de los padres se concluye que

- El 75.3% de los encuestado supone o considera que el momento ideal para buscar ayudar profesional es inmediatamente después del accidente, que la gran mayoría considera que el medio ideal es un medio seco y cubierto (un pañuelo), y que tan solo un 58.9% de los encuestados reconoce que el trauma dentoalveolar debe ser manejado por un odontólogo especialista, después de haber recibido una primera atención.
- Siguiendo el orden de ideas se concluye que un gran porcentaje de padres y personas a cargo del cuidado de los niños encuestados, consideran que un diente que sufre avulsión no puede salvarse, y que solo un 34.2% de los padres lo llevaría al odontólogo inmediatamente en el caso de presentarse una situación como esta.

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar intervención y otra encuesta para identificar que tanto aprendieron los padres, por parte de otro grupo de investigación.

Implementar acciones educativas por parte de los estudiantes de odontología para que los padres tengan conocimiento acerca de qué hacer en el momento que se presente un trauma dentoalveolar.

Se recomienda que los estudiantes de odontología mediante el departamento de bienestar universitario brinden cursos de primeros auxilios dentales dirigidos a estudiantes y profesionales en Educación para así ampliar el nivel de información y mejorar su atención, ya que estos serán futuro padres y madres.

Se recomienda extender este estudio a otros centros asistenciales, para mejorar estos índices.

13. REFERENCIAS

- Andreasen, J.O., F. Andreasen & L. Andersson, (2007). Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth. Denmark. 4th Edition, Blackwell Munksgaard.
- Albarracín, L. M. (febrero de 2010). Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/12809/1/lauramilenaduarte.2013.pdf>
- Araneda. (2012). Trauma dentoalveolar. *revista odontologica*. P- 47-69
- Avila C, Cueto A, Gonzalez J, (2012) Caracterización del traumatismo dentoalveolar que afecta los tejidos de soporte en dientes temporales, Universidad de la Republica, Odontostomat, Temuco – Chile.
- Barberia E, Borrell C, Bravo N, Cardoso C y Maroto M (2010), Traumatismo en los dientes temporales: ¿Causan secuelas en los dientes permanentes?, *Gaceta Dental*, 210, 124-137, Madrid, España
- Beck J, (2000) terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización, Gedisa Editorial S.A, USA
- Clavijo E. (2009) Guía de manejo de trauma dentoalveolar, Fundación hospital de la misericordia, Bogotá – Colombia.
- Eraso. (14 de abril del 2011). Estudio retrospectivo de trauma dento-alveolar en escolares de pasto, *revista nacional de odontología*. obtenido de <http://wb.ucc.edu.co/revistanacionaldeodontologia/files/2012/02/articulo-06-vol7-n12.pdf>
- Gallego J (2009) nivel de conocimiento sobre el manejo inmediato de los traumas dentales en profesores de educación física, clínica estomatológica docente “Fabricio Ojeda” San José de las Lajas, la Habana – Cuba.
- Hegde A, Pradeep K, Varghese E, (2010) Knowledge of dental trauma among mothers in Mangalore, dental traumatology, Mangalore – India.

- Hernández, Fernández y Baptista. (2003). Metodología de la Investigación. Pp. 46-58.
Recuperado:http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/aroche_j_za/capitulo3.pdf
- Jordan F, Sossa H, Estrada J (2012) protocolo de manejo de diente permanente avulsionado para el servicio de salud oral de la fundación hospital la misericordia y la facultad de odontología en la universidad nacional de Colombia, Univ. Odontol 31(66) Bogotá, Colombia
- Malfa A, (2008) Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral, Colombia Medica, Pasto, Colombia
- padilla rodriguez , e. a., Aída Borges , y., & Fernández Villavicencio, M. a. (marzo de 2005). Traumatismos dentarios: su conocimiento en los padres de familia. *revista odontologica mexicana*, Vol. 9, Núm. 1, pp 30-36, obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2005/uo051e.pdf>.
- Quintana, Collantes, Cueva, Figueroa, Garay, Moreno, Munayco, Paulino, Vargas, Chira, Huatuco, Schult (2008), prevención del traumatismo dental y el maltrato infantil en odontopediatria, Perú.
- Rivera R (2011) Nivel de conocimiento y actitud sobre traumatismo dentoalveolar en profesores de nivel primario, Lima – Perú.
- Sánchez A. et al. (2010) Valoración de la actitud y conocimientos de los padres ante un supuesto traumatismo dentario infantil, Gaceta dental, Madrid, España.
- Shashikiran ND, Reddy V, Nagaveni N B. Knowledge and attitude of 2000 parents (urbana and rural – 1000 each) with regard to avulsed permanent incisors and their emergency management, in and around Davangere. J Indian Soc. Pedod Prev Dent. 2006 (cited 2014 oct 26): 24:116-21 from: <http://www.jisppd.com/text.asp?2006/24/3/116/27891>.

- Sandoval, A. (2014) primeros auxilios y atención prehospitalaria del trauma. Cuaderno de apuntes.<http://es.scribd.com/doc/213735612/tens-2013Primeros-Auxilios-y-Atencion-Prehospitalaria-del-Trauma>
- Silva N, Cabrera G, Garcia M, Ramos A, (2008) nueva alternativa metodología digital en la enseñanza de la odontopediatria, Uruguay.
- Sousa M, Zambarda A, Vacilotto F, Batista J, Gerhardt M, (2009) Parent and caretaker knowledge about avulsion of permanent theeth, Dental traumatology.
- Veleiro C, (2001) Traumatismos dentales en niños y adolescentes, Universidad central de Venezuela, Venezuela.
- Wong. (2004). The cost of trating children and adolescents with injuries to their permanent incisors at a dental hospital in the Unites Kingdom.

Anexos

Encuesta para validar el instrumento

FORMATO JUECES DE EXPERTOS

Para cada criterio, indique su opinión del 1 al 5 sobre cada pregunta de acuerdo a la siguiente tabla.

1. **Totalmente en desacuerdo**
2. **En desacuerdo**
3. **Ni de acuerdo, ni en desacuerdo**
4. **De acuerdo**
5. **Totalmente de acuerdo**

Preguntas	Pertinencia	Claridad	Precisión	Lenguaje	Metodología
<p>1. Es usted padre o madre cabeza de familia</p> <p>A. Si</p> <p>B. No</p>					
<p>2. Es usted quien cuida y/o atiende a su hijo</p> <p>A. Si</p> <p>B. No</p>					

<p>3. Qué grado de Educación tiene la persona que cuida al niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Básica primaria B. Bachiller C. Profesional D. Analfabeta <p>4. Ha recibido alguna información acerca de qué hacer si se presenta un trauma y/o injuria en boca y/o dientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Por parte de quien:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. por el odontólogos B. por folletos, radio o televisión C. nunca ha recibido información acerca del tema 					
<p>5. Si su hijo sufre un golpe y/o injuria en un diente y/o boca mientras juega, usted q hace?</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Lo lleva al odontólogo B. Lo lleva al médico y/o al hospital 					

<p>C. lo maneja usted en casa</p>					
<p>6. Después de un trauma y/o injuria en los dientes y/o boca, cuál considera usted que es el mejor momento para buscar ayuda profesional?</p> <p>A. Hasta 1 hora después del accidente</p> <p>B. Hasta 2 horas después del accidente</p> <p>C. Inmediatamente después del accidente</p> <p>D. Al día siguiente cuando el niño está tranquilo</p> <p>E. No sabe, no responde</p>					
<p>7. Después de la primera atención por urgencia cuando se presenta un trauma en boca y/o diente usted considera que:</p> <p>A. Es suficiente con el tratamiento que se le realizo.</p> <p>B. Es necesario seguir las recomendaciones y continuar asistiendo a citas de control con un odontólogo especialista en el área.</p> <p>C. Es necesario seguir las recomendaciones y continúa asistiendo a citas de control con un odontólogo general.</p> <p>D. Es suficiente con seguir las recomendaciones proporcionadas por el profesional que le atendió la urgencia, y no es necesario asistir a citas de control.</p> <p>E. no sabe no responde</p>					

<p>8. Considera usted que cuando un diente sale de la boca por un trauma, puede ser salvado?</p> <p>A. si</p> <p>B. no</p>					
<p>9.Si un diente sale por completo de la boca por un trauma, usted que hace?</p> <p>A. Lo vuelve a colocar de nuevo en su lugar</p> <p>B. Lleva el diente al odontólogo inmediatamente</p> <p>C. Detiene el sangrado y descarta el diente</p> <p>D. No está seguro de que hacer</p>					
<p>10. Si usted decide llevar el diente que salió de la boca después del trauma, en cuál de las siguientes opciones lo llevaría</p> <p>A. En un pañuelo</p> <p>B. En leche fría</p> <p>C. En agua</p> <p>D. Suero fisiológico</p> <p>E. Dentro de la boca</p>					

Pertinencia: como se relaciona con el tema

Claridad: de fácil entendimiento

Precisión: que va directamente a el punto

Metodología: construcción de ítem.

Observaciones.

Encuesta aplicada

ENCUESTA SOBRE TRAUMA DENTAL Y BUCAL

EN LA SIGUIENTE ENCUESTA USTED ENCONTRARA 10 PREGUNTAS, CON DIFERENTES OPCIONES DE RESPUESTA ELIJA LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE MAS ADECUADA (ELIJA SOLO UNA OPCION DE RESPUESTA)

Edad ___ Genero _____

1. Es usted padre o madre cabeza de familia

A. Si

B. No

2. Es usted quien cuida y/o atiende a su hijo

A. Si

B. No

3. Qué grado de Educación tiene la persona que cuida al niño.

A. Básica primaria

B. Bachiller

C. Profesional

D. Analfabeta

4. Ha recibido alguna información acerca de qué hacer si se presenta un trauma y/o injuria en boca y/o dientes?

• Si

• No

Por parte de quien:

- A. por el odontólogos
- B. por folletos, radio o televisión
- C. nunca ha recibido información acerca del tema

5. Si su hijo sufre un golpe y/o injuria en un diente y/o boca mientras juega, usted q hace?

- A. Lo lleva al odontólogo
- B. Lo lleva al médico y/o al hospital
- C. lo maneja usted en casa

6. Después de un trauma y/o injuria en los dientes y/o boca, cuál considera usted que es el mejor momento para buscar ayuda profesional

- A. Hasta 1 hora después del accidente
- B. Hasta 2 horas después del accidente
- C. Inmediatamente después del accidente
- D. Al día siguiente cuando el niño está tranquilo
- E. No sabe, no responde

7. Después de la primera atención por urgencia cuando se presenta un trauma en boca y/o diente usted considera que:

- A. Es suficiente con el tratamiento que se le realizo.
- B. Es necesario seguir las recomendaciones y continuar asistiendo a citas de control con un odontólogo especialista en el área.
- C. Es necesario seguir las recomendaciones y continúa asistiendo a citas de control con un odontólogo general.
- D. Es suficiente con seguir las recomendaciones proporcionadas por el profesional que le atendió la urgencia, y no es necesario asistir a citas de control.

E. no sabe no responde

8. Considera usted que cuando un diente sale de la boca por un trauma, puede ser salvado?

A. si

B. no

9. Si un diente sale por completo de la boca por un trauma usted que hace?

A. Lo vuelve a colocar de nuevo en su lugar

C. Lleva el diente al odontólogo inmediatamente

D. Detiene el sangrado y descarta el diente

E. No está seguro de que hacer

10. Si usted decide llevar el diente que salió de la boca después del trauma, en cuál de las siguientes opciones lo llevaría

A. En un pañuelo

B. En leche fría

C. En agua

D. Suero fisiológico

E. Dentro de la boca

