



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO DE
TRAUMATISMOS DENTALES DE CIRUJANOS
DENTISTAS DEL DISTRITO DE TRUJILLO, REGIÓN LA
LIBERTAD, DURANTE EL AÑO 2016”**

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

AUTORA

COLLANTES VARGAS, ROSMERY

ASESOR

MGTR. VÁSQUEZ PLASENCIA, CÉSAR ABRAHAM

TRUJILLO- PERÚ

2018

TÍTULO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO DE
TRAUMATISMOS DENTALES DE CIRUJANOS DENTISTAS DEL
DISTRITO DE TRUJILLO, REGIÓN LA LIBERTAD, DURANTE
EL AÑO 2016”**

JURADO EVALUADOR Y ASESOR

Dr. Elías Ernesto Aguirre Siancas

Presidente

Mgtr. Edwar Richard Morón Cabrera

Miembro

Mgtr. Juan Luis Pairazamán García

Miembro

Mgtr. César Abraham Vásquez Plasencia

Asesor

AGRADECIMIENTO

A mis padres por haberme forjado a ser la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros los debo a ustedes entre los que incluye esta tesis. Me formaron con reglas y con libertad de elegir lo que desee, pero al final de cuenta, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos y objetivos.

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, y sobre todo por su infinita bondad y amor.

A mis Padres:

Marina y Eleuterio por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor incondicional.

A los Doctores:

Por su gran enseñanza, apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de ésta tesis.

RESUMEN

Los traumatismos dentales son urgencias que se presentan con frecuencia, tanto en dentición temporal como en la permanente dependiendo de la edad, el sexo y la población. El propósito de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo de los traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo. La muestra se conformó de 262 cirujanos dentistas. Se aplicó un cuestionario de 6 preguntas. Se encontró que el nivel de conocimiento sobre el manejo de traumatismos dentales fue malo (50%), regular (41.98%), bueno (8.02%), El nivel de conocimiento bueno (11.11%) y regular (43.59%) fue más frecuente en los cirujanos dentistas de prolongada experiencia y los profesionales con corta experiencia fue malo (53.79). El nivel de conocimiento bueno de los cirujanos dentistas son los que poseen doctorado (100%), nivel regular en los que poseen maestría (49.33%) y nivel malo en los bachiller (57.61%). El nivel de conocimiento bueno de cirujanos dentistas fue en los profesionales con especialidad en cirugía (42.86%), regular en los profesionales con especialidad en odontopediatría (60%) y malo en los profesionales sin especialidad (52.81%).

Se encontró que la mitad de cirujanos dentistas presentaron un nivel de conocimiento malo sobre el manejo de traumatismos dentales.

Palabras Clave: Conocimiento, traumatismos dentales, cirujanos dentistas.

ABSTRACT

The dental traumatism is urgencies that they present both in temporary dentition and in the permanent one depending on the age, the sex and the population. The intention of this study was determined the level of knowledge on the managing of the surgeons' dental traumatism dentists of the district of Trujillo. The sample conformed of 262 surgeons dentists. There was applied a questionnaire of 6 questions. One thought that the level of knowledge on the managing of dental traumatism was bad (50 %), to regulate (41.98 %), well (8.02 %), The level of good knowledge (11.11 %) and to regulate (43.59 %) was more frequent in the surgeons dentists of long experience and the professionals with short experience was bad (53.79). The level of good knowledge of the surgeons dentists are those who possess doctorate (100 %), regular level in those who possess mastery (49.33 %) and bad level in the bachiller (57.61 %). The level of surgeons' good knowledge dentists was in the professionals with speciality in surgery (42.86 %), to regulate in the professionals with speciality in odontopediatría (60 %) and villain in the professionals without speciality (52.81 %).

One thought that the surgeons' half dentists presented a level of bad knowledge on the managing of dental traumatism.

Key words: Knowledge, dental traumatism, surgeons dentists.

CONTENIDO

1. Título de la tesis	ii
2. Jurado evaluador	iii
3. Agradecimiento.....	iv
4. Dedicatoria.....	v
5. Resumen.....	vi
6. Abstract.....	vii
7. Contenido.....	viii
Índice de gráficos y tablas.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	3
III. HIPOTÉISIS.....	25
IV. METODOLOGÍA.....	26
4.1 Diseño de la investigación.....	26
4.2 Población y muestra.....	26
4.3 Definición y operacionalización de variables.....	28
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
4.5 Plan de Análisis.....	32
4.6 Matriz de consistencia.....	33
4.7 Principios éticos.....	34
V. RESULTADOS.....	35
5.1 Resultados.....	35
5.2 Análisis de resultados.....	39

VI. CONCLUSIONES	41
Aspectos complementarios.....	42
Referencias Bibliográficas.....	43
Anexos.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región La Libertad, durante el año 2016	35
Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región La Libertad, durante el año 2016, según tiempo de ejercicio profesional.....	36
Tabla 3: Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región La Libertad, durante el año 2016, según grado académico... ..	37
Tabla 4: Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región La Libertad, durante el año 2016, según especialidad.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región La Libertad, durante el año 2016	57
--	----

I. INTRODUCCIÓN

Los traumatismos dentales son urgencias que se presentan con frecuencia, ya sea en dentición temporal o permanente con una prevalencia que varía entre un 10,7 y un 43,8% dependiendo de la edad, el sexo y la población seleccionada; esta es una situación de dolor, molestia y alteración funcional repentina que hacen que el paciente acuda al estomatólogo. La actitud que se tome ante ellas y el tiempo transcurrido son determinantes para el pronóstico del diente afectado^{1,2}.

Estos traumatismos son causados en su mayoría por caídas y actividades deportivas como el ciclismo, siendo las fracturas coronarias no complicadas las lesiones más frecuentes¹. La Organización Mundial de la Salud OMS presenta una clasificación traumatismo dentoalveolares, el cual se aplica en la Clasificación Internacional de las Enfermedades en Odontología y estomatología¹.

Las lesiones dentales han sido clasificadas de acuerdo a una gran variedad de factores, como son, etiológicos, anatómicos, patológicos, de consideraciones terapéuticas y del grado de severidad³.

Es preciso que el profesional estomatólogo se encuentre debidamente formado y capacitado para diagnosticar y tratar los traumatismos dentales, de este modo disminuir la mala praxis profesional. No existen estudios a nivel nacional, regional o local que evalúen el diagnóstico y tratamiento de traumatismo dentales.

Es por esta razón el estudio buscó determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo de los traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, año 2016.

El estudio es descriptivo, observacional y transversal.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

Castillo A. (2012)¹ Realizó el estudio “Manejo y conocimiento de los odontólogos generales y especialistas sobre traumatismos dentales”, con el objetivo de determinar el conocimiento en el manejo de emergencia de los odontólogos generales y especialistas del área metropolitana de Monterrey en traumatismos dentoalveolares. Aplicó una encuesta de 10 preguntas a 294 odontólogos generales y especialistas que ejercían en Monterrey – México, encontrando que el manejo odontológico de lesiones dentales traumáticas no es adecuado, especialmente en los odontólogos generales. No encontró valores significativos entre la relación del tiempo de ejercicio profesional y el nivel de conocimiento.

Pedrini, et al (2011)² Realizaron el estudio “Nivel de conocimiento de los dentistas sobre los procedimientos y plan de tratamiento post trauma dentoalveolar”. Aplicaron un cuestionario a 693 dentistas que asistieron a la 23 reunión anual de la sociedad brasileña de investigación dental. Se aplicó la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para evaluar las asociaciones entre variables, con un nivel de significación del 5%. Los resultados evidenciaron que los dentistas experimentaron dificultades para establecer un plan de tratamiento para la subluxación, para la extrusión lateral y la luxación intrusiva. Concluyeron que los dentistas sean especialistas o no, no tienen suficiente conocimiento para el manejo de la mayoría de traumatismos dentoalveolares.

Yeng T. Parashos P. (2008)³ Realizaron el estudio “Manejo de los dentistas sobre lesiones dentales y traumatismos dentales en Australia: una revisión. El objetivo de este estudio fue investigar las percepciones de los odontólogos sobre las barreras para proporcionar atención de traumatismos dentales de incisivos superiores permanentes en los niños. Se realizó una encuesta que contenía seis preguntas sobre datos demográficos y 15 preguntas relacionadas con las barreras para el tratamiento de traumas dentales, se envió por correo a 693 dentistas en Victoria, Australia. Los niveles de conocimiento demostrados por las encuestas de dentistas no fueron altos también perciben una comunicación inadecuada como la principal barrera para el manejo del trauma. Con solo un número limitado de nuevas lesiones traumáticas dentales que ocurren anualmente, los dentistas pueden no ser competentes a la hora de brindar la atención adecuada. El manejo del trauma dental y las dudas que los dentistas puedan tener en términos de conocimiento y habilidades son importantes para investigar y formular un enfoque para superar su renuencia.

Akhlaghi N. et al (2014)⁴ Realizaron el estudio “Nivel de conocimiento de odontólogos generales sobre el manejo de emergencia del trauma dental en Isfahan, Irán. El objetivo de este estudio descriptivo de corte transversal fue evaluar los conocimientos de los odontólogos generales. En este estudio utilizaron un cuestionario de dos partes que consta de 14 preguntas, se distribuyó entre 241 odontólogos generales. La primera parte incluyó siete preguntas centradas en la información personal y profesional mientras que la parte 2 constó de siete preguntas sobre casos dados de traumatismos dentales. Un punto se dedica a cada respuesta

correcta; la puntuación total de 0 a 4 fue considerado como pobre conocimiento , mientras que las puntuaciones de 5-8, 9-11 y 12-14 fueron asignados como moderado, buena y excelente conocimiento , respectivamente. Los datos se analizaron mediante la prueba t de Student y ANOVA. Con respecto al nivel de conocimiento de los odontólogos generales, la puntuación media fue de $7,61 \pm 2,68$ sugiriendo una puntuación moderada; un total de 177 odontologos (73,2%) mostró un nivel de conocimiento moderado.

Re D. et al (2014)⁵ Realizaron el estudio “Tratamiento de lesiones dentales traumáticas: evaluación de conocimientos en dentistas italianos” su objetivo es evaluar el grado de conocimiento en el manejo de los diferentes escenarios de traumatismo dental en una población de odontologos. Se aplicó un cuestionario de tipo cerrado que constó de cinco casos clínicos de traumas dentales comunes. Se aplicaron un total de 500 cuestionarios; los resultados de las respuestas se expresaron en la distribución de frecuencias y computado en porcentajes. Para examinar las posibles asociaciones entre el nivel de conocimiento de cada pregunta (número / porcentaje de respuestas correctas) y las variables independientes de la población (sexo, número de años después de la graduación, la asistencia a cursos sobre traumatología dental, tipo de actividad clínica) pruebas de correlación apropiadas se realizaron (Pearson o chi-cuadrado; con un nivel de significancia = 0,05) para la identificación de diferencias estadísticamente significativas. Más del 75% de los participantes respondió correctamente a las preguntas con respecto a la fractura de la corona y luxaciones extrusivas; sólo el 40% de los dentistas respondió

correctamente acerca de la duración y tipo de ferulización después de la avulsión; 60% de los participantes eligió incorrectamente terapias invasivas inmediatas (extracción dental o procedimientos de endodoncia) para la fractura de la raíz media horizontal. Hubo una tendencia hacia un mejor nivel de conocimiento (en 7 de las 9 preguntas) para los dentistas 1) que trabajan en hospitales y 2) que habían asistido a un curso de post-grado en traumatología.

Cauwels R et al (2014)⁶ Realizaron un estudio “Formación académica de odontólogos flamencos y sus percepciones sobre su manejo del trauma dental”, como objetivo analizar la existencia de correlación entre la formación académica de odontólogo flamencos y el nivel de sus conocimientos con respecto al tratamiento de emergencia para fracturas complicadas de la corona y su experiencia real. Se distribuyó un cuestionario entre 336 profesionales de la odontología en seis lugares diferentes del país; el cuestionario consta de tres partes: la primera parte se interesó por los antecedentes personales, la segunda parte solicitó una autoevaluación de la experiencia de educación sobre el tratamiento de traumatismo dental, y la tercera parte evaluó los conocimientos del profesional solicitando respuestas a las diferentes opciones para el tratamiento de urgencia de los traumatismos dentales. Casi el 63% de los participantes tenían más de 20 años de experiencia. La satisfacción sobre la adecuación básica en traumatología dental fue significativamente relacionada con los años. Esta observación no estaba relacionada con la educación adicional tomada. En cuanto a los conocimientos, obtuvo un resultado alto (67%) de respuestas incorrectas se dio para el tratamiento de

incisivos permanentes inmaduros lesionados. Sin embargo, se encontró una alta correlación entre buen conocimiento del tratamiento y jóvenes profesionales que se graduaron hace 10 años o menos. Se observó que el conocimiento de los odontólogos flamencas con respecto al tratamiento de emergencia para la fractura coronal complicada es insuficiente, especialmente para el tratamiento de los incisivos inmaduros.

2.2 Bases teóricas de la investigación

Traumatismos Dentales

Concepto

Las lesiones dentales traumáticas son emergencias que deben tratarse adecuadamente para reducir futuras complicaciones¹. El buen pronóstico para estos dientes depende no solo del tipo de lesión sino también del manejo apropiado².

Etiología

La etiología de las lesiones que se presentan en cavidad oral como resultado de los traumatismos dentales puede ser variada, las primeras experiencias de golpes en la cavidad oral, suceden cuando el niño empieza a dar sus primeros pasos, pero esto no exime que sufran accidentes antes de empezar a caminar y puedan golpearse. Conforme el niño crece al acudir al nido y empezar con los juegos son más propensos a sufrir traumatismo².

También se incluye dentro de la etiología a los maltratos físicos producidos por los padres, tutores y que se conoce como el síndrome del niño golpeado así Pérez (1975) nos dice que la etiología de estas lesiones varía con la edad. En la primera infancia los traumatismos suelen ser debidos a malos tratos de padres o educadores, por desgracia más frecuentes de los que pudieran pensarse⁵.

Muchos estudios han revelado que aproximadamente entre el 4 y el 30% de todos los niños han sufrido algún tipo de traumatismo en los dientes anteriores, este tipo de accidentes empieza a ocurrir tan pronto como el niño inicia su locomoción autónoma;

algunos como resultado de caídas en los primeros intentos por sentarse; la poca coordinación la falta de experiencia y las actividades entusiastas del niño en el juego, contribuyen en la mayoría de los traumatismos. Los niños son más propensos a sufrir lesiones en la dentición permanente que las niñas, especialmente con la participación más brusca en deporte y juegos. No ocurre lo mismo en la dentición temporal donde la prevalencia entre sexos es la misma⁶.

Generalmente resulta comprometida una sola pieza, particularmente un incisivo superior, en el 50% de los casos. En el 34 % de los accidentes resultan traumatizados dos piezas y porcentaje mucho menor, un número mayor de piezas dentarias, en niños, sin diferencia de frecuencia relacionada a sexo⁷. En todas las edades la causa más recurrente de traumatismo eran las caídas sin especificar en un 47,6%. Los traumatismos en el maxilar superior eran en un 88.5% y de estos los incisivos centrales son traumatizados en un 87.5%⁸.

Prevalencia

Los traumatismos dentales son accidentes muy frecuentes entre la población infantil y juvenil, con una prevalencia que varía entre un 10,7 y un 43,8% dependiendo de la edad, el sexo y la población seleccionada, constituyen una de las experiencias más desagradables para el niño y sus padres¹.

Muy pocos estudios comparables permiten que una tendencia clara sea identificada en trauma dental. Los datos a partir de los últimos 30 años indican que no ha habido un aumento significativo en la prevalencia de injurias dentales traumáticas en niños y adolescentes en los países escandinavos y en el Reino Unido⁹ mientras que al parecer

en el resto del mundo han experimentado un incremento considerable, en paralelo con otro tipo de accidentes; teniendo con cifras alarmantes a países como Nigeria y sociedades similares donde los niños son cuidados por otros niños apenas unos años mayores que ellos mismos¹⁰.

Al parecer los niños de entre 1 a 6 años (con dentición decidua) presentan una mayor prevalencia de traumatismos dentales, en razón a los que ya tienen dentición permanente; sin embargo las cifras se ven seriamente afectadas respecto a la región donde viven, no así la proporción, de esta forma en Brasil Baghdady encontró una prevalencia del 7.7%¹¹ mientras que en Dinamarca Jacobsen obtiene una prevalencia del 30%¹² en dentición decidua estos mismos autores hallan prevalencias de 5.1% y 22% para la dentición permanente¹³.

Los traumatismos dentales son más frecuentes en niños que en niñas en una proporción 2:1. El pico de incidencia en dentición temporal abarca de los 2 a los 4 años y en dentición permanente de los 8 a los 10 años.

En los estudios consultados, el diente más afectado en estos traumatismos es el incisivo central superior, seguido del incisivo lateral superior y del incisivo central inferior.

Clasificación de los traumatismos dentales

Desde hace muchos años diversos autores han propuesto clasificaciones que nos permitan ordenar y generar predicciones al momento de tratar este tipo de afecciones; de todas ellas resalta la de Andreasen que debido a un exhaustivo análisis logro eliminar la práctica de interpretación subjetiva de este tipo de lesiones, logrando una clasificación extensa y ordenada¹⁷.

Swett en 1955 brindo la siguiente clasificación¹³

- Fractura de esmalte
- Fractura de esmalte y dentina
- Pulpa expuesta.
- Fractura a nivel del margen gingival.
- Restauración presente.
- Trauma no determinado.

Ellis en 1960 brindo la siguiente clasificación¹⁴

- Fractura simple de corona que afecta poco o nada a la dentina.
- Fractura grande de corona sin afectar pulpa
- Fractura extensa que afecta la pulpa dental.
- Diente no vital con o sin pérdida de estructura coronal.
- Diente perdido.
- Fractura de raíz con o sin pérdida de estructura coronal.
- Desplazamiento del diente sin fractura de corona ni raíz
- Fractura de corona en masa.
- Trauma diente temporal.

García Godoy en 1981 brindo la siguiente clasificación¹⁵

- Fisura de esmalte.
- Fractura de esmalte.
- Fractura esmalte-dentina sin pulpa expuesta.
- Fractura esmalte-dentina con pulpa expuesta.

- Fractura esmalte-dentina y cemento sin pulpa expuesta.
- Fractura esmalte-dentina y dentina con pulpa expuesta.
- Fractura de raíz.
- Concusión.
- Luxación.
- Desplazamiento lateral.
- Intrusión.
- Extrusión.
- Avulsión.

Pulver Franklin en 1982 valiéndose de las clasificaciones de Ellis y Davey, McDonal y Avery y Hargreaves y Crayg brindo la siguiente clasificación¹⁶

Clase I

- I-I Sin fractura ni desplazamiento.
- I-II Desplazamiento sin fractura.
- I-III Fractura de esmalte sin desplazamiento
- I-IV Fractura y desplazamiento.

Clase II

- II-I Fractura esmalte-dentina sin desplazamiento.
- II-II Fractura esmalte-dentina con desplazamiento.

Clase III

- III-I Fractura con exposición pulpar sin desplazamiento.
- III-II Desplazamiento y fractura (con exposición).

Clase IV

- IV-I Fractura de raíz

Clase V

- V-I Intrusión.
- V-II Avulsión Parcial.
- V-III Avulsión Completa.

Andreasen en 1994 brindo la siguiente clasificación¹⁷

I. Lesiones de los Tejidos Duros Dentarios y de la Pulpa

1. Infracción o fractura +incompleta del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.
2. Fractura no complicadas de la corona.

- Ruptura limitada del esmalte.

- Ruptura que compromete tanto al esmalte como a la dentina sin exponer la pulpa.

3. Fractura complicada de la corona (que afecta al esmalte, a la dentina y expone la pulpa).

4. Fractura no complicada de la corona y de la raíz (que afecta al esmalte, a la dentina y al cemento pero no expone la pulpa).
5. Fractura complicada de la corona y de la raíz (que afecta al esmalte, a la dentina, al cemento y expone la pulpa).
6. Fractura de la raíz (que afecta a la dentina, al cemento y a la pulpa).

II. Lesión de los Tejidos Periodontales.

1. Concusión
2. Subluxación.
3. Luxaciones.
 - Intrusiva.
 - Extrusiva.
 - Lateral.
4. Avulsión.

III. Lesiones del Hueso de Sostén.

1. Conminucion de la cavidad alveolar.
2. Fractura de la pared alveolar.

3. Fractura del proceso alveolar.

4. Fractura de los maxilares.

IV. Lesiones de la Encía o de la Mucosa Oral

1. Laceración de la encía o de la mucosa oral.

2. Contusión de la encía o de la mucosa oral.

3. Abrasión de la encía o de la mucosa oral.

La Organización Mundial de la Salud también hizo su clasificación en el año 1995¹⁸

- Fractura de esmalte.
- Fractura de corona sin afectar pulpa.
- Fractura de corona que afecta pulpa.
- Fractura de raíz.
- Fractura corona - raíz.
- Fractura no específica.
- Luxación.

- Intrusión o extrusión.
- Avulsión otras lesiones.

Efecto del traumatismo dentoalveolar en dentición decidua sobre la dentición permanente

Andreasen planteo las siguientes consecuencias:

- **Alteraciones de la corona**

Decoloración (Hipomaduración) Hipocalcificación

Hipoplasia

- **Alteración de la corona/raíz**

Dilaceración.

- **Alteraciones de la raíz**

Duplicaciones

Angulación radicular

Dilaceración radicular

Interrupción en la formación de la raíz

- **Alteraciones en la totalidad del sucesor**

Tumoraciones – odontomas

Secuestro del germen

- **Alteraciones en la erupción**

Erupción ectópica

Obstáculos en la erupción.

Tratamiento de los traumatismos dentales que afectan a los tejidos periodontales

Conclusión

Examen clínico

Diente sensible al tacto. No hay desplazamiento, ni movilidad excesiva.

Examen radiográfico

Se hará una radiografía periapical en posición ortoradial.

No aparecerán alteraciones radiográficas.

Tratamiento

Se considera, desde el punto de vista del tratamiento de urgencia, como un traumatismo subagudo, que requiere tratamiento en el plazo de 24 horas. Es opcional la utilización de una férula flexible para la comodidad del paciente durante 7-10 días, acorde con el diagnóstico del trauma de los dientes adyacentes.

Seguimiento del paciente

A las 3 semanas: Retirar la férula flexible y hacer examen clínico-radiográfico.

Se considera que el tratamiento ha tenido éxito, cuando hay mínima sintomatología, leve movilidad del diente y no existen signos de radiolucidez periapical.

A las 6-8 semanas: se hace un examen clínico-radiográfico. El tratamiento ha

tenido éxito, cuando el diente está asintomático, las pruebas de vitalidad son positivas, continúa el desarrollo de la raíz (en dientes inmaduros), la lámina dura ósea está intacta y no hay imágenes perirradiculares.

El tratamiento ha fallado si hay sintomatología en el diente afectado, las pruebas de vitalidad son negativas, no continúa el desarrollo radicular (en dientes inmaduros) y hay imágenes de radiolucidez perirradicular en tal caso se comienza el tratamiento endodóntico.

A los 6 meses: examen clínico-radiográfico. Se considera que el tratamiento ha tenido éxito, cuando: el diente está asintomático y no hay signos clínicos ni radiográficos en el periodonto. La altura del hueso marginal se corresponde con la altura del hueso visto en la radiografía después del reposicionamiento del diente.

Al año: no es necesario.

Subluxación

Examen clínico

Diente sensible al tocarlo y con movilidad, pero no hay desplazamiento. Es posible la hemorragia en el surco gingival.

Examen radiográfico

Se realizan 2 radiografías: una oclusal y otra periapical en posición ortoradial.

No se aprecian anomalías radiográficas

Tratamiento

Se considera, desde el punto de vista del tratamiento de urgencia, como un traumatismo subagudo, que requiere tratamiento en el plazo de 24 horas.

Es opcional la utilización de una férula flexible para la comodidad del paciente durante 7-10 días, acorde con el diagnóstico del trauma de los dientes adyacentes.

Seguimiento del paciente

Se siguen las mismas pautas que en el caso de la concusión.

Luxación extrusiva o Extrusión

Examen clínico

Diente con movilidad y alargamiento.

Examen radiográfico

Se realizan 4 radiografías; Oclusal, periapical en posición ortoradial, periapical mesioradial y periapical distoradial.

Hay ensanchamiento periodontal del espacio apical.

Tratamiento

Es un traumatismo agudo que requiere tratamiento de urgencia en las primeras horas.

Reposición dentaria. Estabilizar el diente con una férula flexible durante 3 semanas.

De no ser posible la reposición y de presentarse una extrusión leve se puede desgastar el borde incisal.

Seguimiento del paciente

A las 3 semanas: Se establece el mismo seguimiento que en el caso de la concusión/ subluxación. A las 6-8 semanas, a los 6 meses y al año se hace un examen clínico-radiográfico. Se considera que el tratamiento ha tenido éxito, cuando el diente está asintomático y no hay signos clínicos ni radiográficos en el periodonto. La altura del hueso marginal se corresponde con la altura del hueso en la radiografía después del reposicionamiento del diente. Si se presentan síntomas y signos radiográficos de periodontitis, pruebas de vitalidad negativas y pérdida de hueso marginal el tratamiento habrá fracasado. En este caso, se coloca una férula flexible por un periodo adicional de 3-4 semanas y se inicia el tratamiento endodóntico (si no se comenzó previamente). Utilizar un colutorio de clorhexidina.

Luxación intrusiva o intrusión

Examen clínico

Diente no presenta sensibilidad al tacto, movilidad ausente, se encuentra por debajo del plano oclusal; algo que lo caracteriza es un sonido metálico a la percusión.

Examen radiográfico

Se realizan 4 radiografías una oclusal, periapical en posición ortoradial, periapical mesioradial y periapical distoradial

Tratamiento

Se considera un tratamiento de urgencia sub agudo por lo tanto se debe actuar

en las primeras 24 horas.

La reerupción dentaria se puede dar de manera espontánea, ortodóntica o quirúrgica.

Para el primer caso solo basta la observación y controles, sin embargo solo puede llegar a ocurrir en algunos casos donde el traumatismo ha sido leve y la formación radicular está incompleta.

El reposicionamiento ortodóntico o quirúrgico se dará cuando la raíz presenta formación completa dependiendo del juicio del clínico. El tratamiento de conductos generalmente es complementario.

Seguimiento del paciente

A las 6-8 semanas, a los 6 meses y al año se realiza un examen clínico-radiográfico. Si el diente se mantiene en el lugar reposicionado o entra en erupción, la lámina dura ósea está intacta y no hay signos de reabsorción radicular, el tratamiento se realizó con éxito.

Se entiende como fracaso del tratamiento cuando el diente está bloqueado en su emplazamiento y tiene un tono anquilótico a la percusión, hay signos radiográficos de periodontitis apical y presencia de reabsorción inflamatoria externa o reabsorción por sustitución.

En cualquiera de las situaciones anteriores (concusión, subluxación, extrusión, luxación lateral e intrusión) se dan como instrucciones al paciente: seguir una dieta blanda, cepillado de los dientes con un cepillo suave después de cada comida y la utilización de colutorio de clorexidina al 0,12% dos veces al día durante 15 días.

Luxación lateral

Examen clínico

Diente no presenta sensibilidad al tacto, movilidad, se encuentra evidentemente mesioangulado o inclinado.

Examen radiográfico

Se realizan 4 radiografías una oclusal, periapical en posición ortoradial, periapical mesioradial y periapical distoradial

Tratamiento

Se considera un tratamiento de urgencia sub agudo por lo tanto se debe actuar en las primeras 24 horas.

Reposición manual y ferulización. De preferencia se deben utilizar un sistema semirrígido como férulas. Si la luxación no interfiere con la oclusión y la dentición es decidua se puede mantener si acción, sin embargo si la luxación es grave y el sentido lingual en dentición decidua se procede a la exodoncia por el compromiso con el germen dental.

Seguimiento del paciente

Semanal hasta el primer mes. La necrosis es frecuente por tal motivo la periodicidad del control. De presentarse se realiza el tratamiento de conductos adecuado para la dentición. Se recomienda control a los 3, 6 y 12 meses para detectar reabsorción o anquilosis.

Avulsión

Examen clínico

Diente clínicamente ausente, sangrado del espacio alveolar o presencia de coágulo de haber pasado el suficiente tiempo.

Examen radiográfico

Se realizan 2 radiografías una oclusal, periapical en posición ortoradial. Con el fin de diagnóstico diferencial con intrusión dental completa y para detectar fracturas Oseas.

Tratamiento

Se considera un tratamiento de urgencia sub agudo por lo tanto se debe actuar en las primeras 24 horas.

Se opta por la inacción si la dentición es decidua, por la posibilidad de dañar al germen dental del diente permanente. También si el diente no fue conservado adecuadamente o el tiempo transcurrido es excesivo.

la conservación del diente debe realizarse en medios que eviten su deshidratación, para esto sueros especiales se expenden en diversas casas dentales o farmacias, sin embargo estos difícilmente están a la mano del paciente durante la ocurrencia de la emergencia, así se ha considerado la leche pausterizada como el medio común más eficiente, de no quedar opción se puede optar por agua o saliva.

El tiempo en que un diente que no ha sido mantenido en un medio hidratante pierde vitalidad de las células periodontales oscila en 1 hora, mientras que puede alcanzar las 6 horas si se mantiene en medios hidratantes.

El clínico debe realizar la irrigación del diente y del alveolo sin ningún tipo de raspado para evitar la remoción de células viables. Se recomienda la indicación de antibióticos para evitar infección y favorecer la reimplantación.

Seguimiento del paciente

Semanal hasta el primer mes. La necrosis es inevitable, aunque se ha señalado la posibilidad de revascularización en dientes con ápice abierto y donde se actuó inmediatamente. Se recomienda control a los 3, 6 y 12 meses para detectar reabsorción o anquilosis.

III. HIPÓTESIS

El nivel de Conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región la libertad, durante el año 2016 es malo.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

4.1.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo Cuantitativo

4.1.2 Diseño de la investigación

El presente trabajo de investigación presenta un diseño descriptivo, transversal y observacional.

4.2 Población y muestra

Población:

La población estimada de Cirujanos Dentistas del distrito de Trujillo para el año 2016 según datos del colegio odontológico fue 820 cirujanos dentistas.

Muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se determinará lo siguiente:

$$\frac{\alpha}{2} \quad \square = \frac{\quad}{1 + \frac{\quad}{\square}}$$

Dónde:

n = Muestra preliminar

=

$z_{\frac{\alpha}{2}}$ = 1.96 para una confianza del 95%

$P = Q = 0.5$ Proporción de conocimiento regular, valor asumido por no haber estudios en el país.

$E = 0.05$ Error de tolerancia

$N = 820$ Cirujanos dentistas, población estimada.

Reemplazando:

$$\frac{1.6 (0.5)(0.5)}{(0.05)} = 384 \square$$

$$= \frac{384}{1 + \frac{384}{820}} = \frac{384}{1.468} = 262$$

La muestra está conformada por 262 cirujanos dentistas.

—= 3

Criterios de inclusión:

Cirujanos dentistas registrados en el colegio odontológico de La Libertad.

Criterios de exclusión:

Cirujanos dentistas que no acepten participar del estudio

4.3 Definición y operacionalización de variables

Variable:

Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales: Es definido como la amplitud del conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

Covariable:

Tiempo de ejercicio profesional: es definido como los años de actividad laboral del profesional desde su titulación hasta la actualidad.

Grado académico: Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios

Especialidad: Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Nivel de conocimiento sobre traumatismo dental	Definido como el nivel que se enfoca en el conocimiento sobre traumatismo dental que poseen los cirujanos dentistas, para abordar un tratamiento.	Puntaje que obtenga el participante en el cuestionario	Cuestionario	Malo (0 – 2 respuestas correctas) Regular (3-4 respuestas correctas) Bueno (5-6 respuestas correctas)	CUALITATIVA	ORDINAL

COVARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Tiempo de ejercicio profesional	Periodo de tiempo que ha culminado sus estudios y ha obtenido un título académico, con el cual ejerce su profesión.	Periodo de tiempo que lleva ejerciendo el cirujano dentista.	Datos de la hoja de recolección de datos	Prolongado: Más de diez años Corto: Menor o igual a diez años	CUALITATIVA	ORDINAL
Grado académico	Categoría con la que cuenta el profesional después de haber culminado estudios satisfactoriamente.	Diploma de postgrado que presenta el profesional al momento de la encuesta.		-Bachiller -Maestría -Doctorado	CUALITATIVA	ORDINAL
Especialidad	Distinción con la que cuenta el profesional por seguir una especialidad en una área de odontología y encontrarse capacitado profundamente para la atención del paciente.	Diploma de segunda especialidad o diplomado en alguna disciplina de la odontología.		- Endodoncia - Cirugía maxilofacial - Ortodoncia - Rehabilitación Oral - Periodoncia - Odontopediatría	CUALITATIVA	NOMINAL

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la investigación el instrumento utilizado fue elaborado por Pedrini². El cuestionario consta de 6 tipos de traumatismos dentales según la clasificación de Andreasen basado en la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (1969): Concusión, luxación, extrusión, luxación lateral, intrusión y avulsión, cada pregunta permite la elección de 11 posibles procedimientos de traumatismos; el encuestado elegirá los procedimientos que considere adecuados para una resolución satisfactoria del traumatismo. Si la elección de los procedimientos es correcta al 100% la pregunta se considera Adecuado y se le otorga el valor de 1, caso contrario si el encuestado no seleccione todos los procedimientos correctos se le otorgará el valor de 0. De esta forma el puntaje sería inadecuado (0 puntos).

La categorización del nivel de conocimiento de cada profesional según el resultado del cuestionario se hará de la siguiente forma:

0 – 2 respuestas correctas en el manejo clínico = nivel de conocimiento malo

3 – 4 respuestas correctas en el manejo clínico = nivel de conocimiento regular

5 – 6 respuestas correctas en el manejo clínico = nivel de conocimiento bueno

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó al Colegio odontológico de Trujillo los nombres y direcciones de los cirujanos dentistas que laboran en el distrito de Trujillo para la aplicación del instrumento durante la primera semana del mes de octubre del 2016

Se solicitó el permiso personal de cada profesional (anexo 3) necesario para la ejecución del proyecto.

4.5 Plan de análisis

Los datos recolectados fueron incorporados en una base de datos en IBM SPSS Statistics 22, para ser procesados y presentados en tablas con frecuencia de una y doble tabla de entrada con sus valores absolutos, relativos y gráficos. Se utilizó para determinar si hay diferencia en el nivel de conocimiento sobre el manejo de traumatismos dentales entre el tiempo de ejercicio profesional, grado académico y especialidad.

4.6 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA	POBLACION
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es el nivel de Conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región la libertad, durante el año 2016?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar el nivel de Conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región la libertad, durante el año 2016</p> <p>Objetivo específico:</p> <p>Determinar el nivel de Conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas según tiempo de ejercicio profesional.</p> <p>Determinar el nivel de Conocimiento sobre</p>	<p>El nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región la libertad, durante el año 2016 es bajo.</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Es una investigación de tipo cuantitativo</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Es una investigación de nivel descriptivo</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>El diseño de la presente investigación es de descriptivo, transversal,</p>	<p>Población:</p> <p>Cirujanos dentistas registrados en el colegio odontológico de La Libertad</p>

	<p>manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas según grado académico</p> <p>Determinar el nivel de Conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas en estomatología según especialidad.</p>		observacional.	
--	--	--	----------------	--

4.7 Principios éticos

Para el desarrollo de esta investigación se tomará en cuenta los principios éticos de la **Declaración de Helsinki** (WMA, Octubre 2013) en donde se considera que en la investigación se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación²¹.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales por parte de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región la libertad, durante el año 2016.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	21	8.02%
Regular	110	41.98%
Malo	131	50%
Total	262	100%

Fuente: Datos proporcionados por el autor.

El nivel de conocimiento de cirujanos dentistas, en razón del instrumento aplicado, fue malo con un 50%, le siguen los odontólogos con un nivel regular con 41.98%, mientras que los odontólogos con un nivel bueno solo alcanzaron el 8.02%.

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales por parte de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región la libertad, durante el año 2016, según tiempo de ejercicio profesional.

Experiencia profesional	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prolongado >10a	13	11.11	51	43.59	53	45.30	117	100
Corto <10años	8	5.52	59	40.69	78	53.79	145	100
Total	21		110		131		262	100

Fuente: Datos proporcionados por el autor.

El nivel de conocimiento bueno de los cirujanos dentistas fue más frecuente en los de prolongada experiencia profesional (11.11%), en comparación con los de corta experiencia profesional (5.52%). El nivel regular fue más frecuente en los cirujanos dentistas de prolongada experiencia profesional (43.59%), y nivel malo fue más frecuente en los cirujanos dentistas de corta experiencia profesional (53.79%).

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales por parte de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región la libertad, durante el año 2016, según grado académico.

Según grado académico	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Doctorado	3	100	00	0	00	0	3	100
Maestría	13	17.33	37	49.33	25	33.33	75	100
Bachiller	5	2.72	73	39.67	106	57.61	184	100
Total	25		110		131		262	100

Fuente: Datos proporcionados por el autor.

El nivel de conocimiento bueno de los cirujanos dentistas fue más frecuente en los que poseen doctorado (100%). El nivel de conocimiento regular fue más frecuente en los que poseen maestría (49.33%) y el nivel de conocimiento malo fue más frecuente en los bachiller (57.61%).

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales por parte de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región la libertad, durante el año 2016, según especialidad.

Según especialidad	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%
Endodoncia	3	13.04	8	34.78	12	52.17	23	100
Rehabilitación oral	2	9.09	10	45.45	10	45.45	22	100
Ortodoncia	2	13.33	5	33.33	8	53.33	15	100
Periodoncia	2	16.67	5	41.67	5	41.67	12	100
Cirugía	3	42.86	2	28.57	2	28.57	7	100
Odontopediatria	2	40.00	3	60.00	0	0	5	100
Sin Especialidad	7	3.93	77	43.26	94	52.81	178	100
Total	21		110		131		262	100

Fuente: Datos proporcionados por el autor

El nivel de conocimiento bueno de cirujanos dentistas fue más frecuente en los profesionales con especialidad en cirugía (42.86%). El nivel regular fue más frecuente en los profesionales con especialidad en odontopediatria (60%). El nivel malo fue más frecuente en los profesionales sin especialidad (52.81%).

5.2 Análisis de resultados

Los resultados indican que la mitad de cirujanos dentistas presentaron un nivel de conocimiento malo sobre el manejo de traumatismos dentales, estos hallazgos coinciden con Castillo¹, Pedrini² y Yeng³, quienes encontraron un nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales inadecuado. Probablemente esta diferencia se deba porque la terminología utilizada en el cuestionario difiere con la terminología que se utiliza en las universidades del país.

El tiempo de ejercicio profesional posiblemente sea un factor influyente en el nivel de conocimiento dado que los cirujanos dentistas que tuvieron experiencia profesional prolongada obtuvieron en menor frecuencia un nivel de conocimiento malo (45.30 %) comparado con aquellos que tuvieron experiencia profesional corta (53.79 %). Por otra parte Castillo¹, Cauwels⁶ encontró que los dentistas con menor experiencia profesional tuvieron mayor conocimiento. Posiblemente, esto explique porque las nuevas generaciones tienen un manejo más actualizado de los términos utilizados en el cuestionario.

Los cirujanos dentistas con grado académico de bachiller tuvieron un mayor nivel de conocimiento malo (57.61%). Esto podría interpretarse en que el grado académico influye en el nivel de conocimiento. Los cirujanos dentistas sin especialidad fueron quienes obtuvieron la mayor frecuencia de nivel de conocimiento malo (52.81%). Del mismo modo Re D. ⁵ et al, también encontraron un nivel de conocimiento moderado sobre manejo de traumatismos dentales; en su estudio los cirujanos dentistas especializados en traumatología oral presentaron un nivel de conocimiento más elevado

frente a las otras especialidades. Akhlaghi⁴ es su estudio mostró que los cirujanos dentistas generales con o sin especialidad presentaron un conocimiento regular. En la investigación no se encontró diferencia según especialidad, posiblemente por la falta de estratificación en el muestreo de los odontólogos con especialidad.

VI. CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento sobre el manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región la Libertad, durante el año 2016, fue malo (50%).

Los cirujanos dentistas con tiempo de ejercicio profesional corto presentaron conocimiento malo (53.79%), al igual los de prolongada experiencia (45.30%).

Los cirujanos dentistas con grado académico de bachiller presentaron conocimiento malo, en maestría fue regular, y en doctorado fue bueno.

Los cirujanos dentistas con y sin especialidad presentaron conocimiento malo.

5.1 Aspectos complementarios

RECOMENDACIONES

Realizar estudios que midan el nivel de conocimiento sobre traumatismos dentales en la región La Libertad.

Evaluar constantemente a los cirujanos dentistas sobre los casos tratados en sus consultorios sobre traumatismos dentales.

Se sugiere a los cirujanos dentistas realizar estudios posteriores acerca de este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo A. Manejo y conocimiento de los odontólogos generales y especialistas sobre traumatismos dentales. [Tesis de grado]. Nueva león: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN; 2012.
2. Pedrini D. Panzarini S. Roberto W. Marcal M. Ferreira A. Dentist Level of knowledge of the treatment plans for periodontal ligament injuries after dentoalveolar trauma. *Dental trauma*. 2011; 1(1): 9p
3. Yeng T. Parashos P. dentists management of dental injuries and dental trauma in Australia: a review. *Dental Traumatology*. 2008; 24(1) : 268-271
4. Akhlaghi N. Nourbakhsh N. Khademi A. Karimi L. General Dental Practitioners' Knowledge about the Emergency Management of Dental Trauma. *Iran Endod J*. 2014 ;9(4):251-6
5. Re D, Augusti D, Paglia G, Augusti G, Cotti E. Treatment of traumatic dental injuries: evaluation of knowledge among Italian dentists, *Eur J Paediatr Dent*. 2014 Mar;15(1):23-8
6. Cauwels R. Martens L. Verbeeck R. Educational background of Flemish dental practitioners and their perceptions of their management of dental trauma, *Dental Traumatology* 2014; 30: 133–139; doi: 10.1111/edt.12069
7. Pérez R. et al. Dental Trauma in Children: a survey. *Endod Dent Traumatol* 1991; 7:210-213.
8. Barbería E. *Odontopediatria*. España, Editorial Masson, 2001: p 272

9. García B. Mendoza M. Traumatología oral en Odontopediatría. Diagnóstico y tratamiento integral. España; Editorial Ergon; 2003: p 11- 33
10. Kirzioglu Z. traumatic Injuries of the Permanent Incisor in Children in southern Turkey: a retrospective study. Dental Traumatology. 2005; 21(1): 20-25
11. Skaare A. Jacobsen I. Dental injuries in Norwegians aged 7–18 years. Dent Traumatol.2003;19(1):67–71
12. Otuyemi O. Segun I. Adegboye A. Traumatic anterior dental injuries in Nigerian preschool children. East Afr MedJ. 1996; 73:604–6
13. Baghdady V. Ghosen L. Enke H. Traumatized anterior theetin Iraqui and Sudance children – A comparative study. J Dent Rest.1981; 60(3): 677-82.
14. Jacobsen I. Root fractures in permanent anterior teeth with incomplet root formation. Scand J Dent Res. 1979; 84(1):210.
15. Swett C. A classification and treatment for traumatized anterior teth. J Dent Child. 1955;22(1):144-149
16. Ellis R. The classification and treatment of injuries *to* the teeth of children. 4th ed. Chicago: The Year Book Publishers; 1960. pp 626
17. Garcia F. A classification for traumatic injuries to primary and permanent teeth. J Pedod.1981;5:295-297
18. Pulver f. tratamiento del traumatismo al inicio de la dentición permanente. Clin Odont Nort Ameri. 1982; 3(1): 458-514
19. Andreasen J. Andreasen F. Texbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 3 ed. St Louis: Mosby; 1994. P. 198 – 219

20. World health Organization. Application of the international Classification of Diseases to dentistry and Stomatology (ICD. DA). 3 ed. Geneva: WHO;1995.
21. Declaración de Helsinki. Tokio: Asamblea Médica mundial. Citado el 20 de junio del 2018. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>.

ANEXO 1

CUESTIONARIO PLAN DE TRAMIENTO DE TRAUMATISMOS

DENTOALVEOLARES

El presente cuestionario es un instrumento que evalúa el conocimiento sobre el manejo o tratamiento de traumatismos dentoalveolares, Se realizará según la clasificación de Andreasen basado en la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la salud (1969). Este cuestionario será anónimo, se solicita llenarlo con honestidad. Completa la información Según:

Tiempo de ejercicio profesional.....

Grado académico.....

Especialidad: Endodoncia (), Cirugía Maxilofacial (), Ortodoncia (), Rehabilitación Oral (), Periodoncia (), Odontopediatría ().

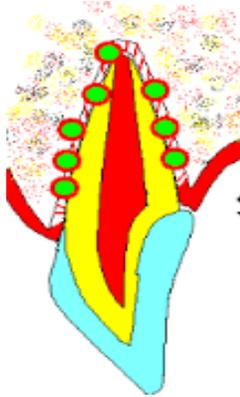
Marque la (s) alternativa (s) que considere correcta para el manejo clínico de cada diagnóstico de traumatismos dentoalveolares.

1) Concusión



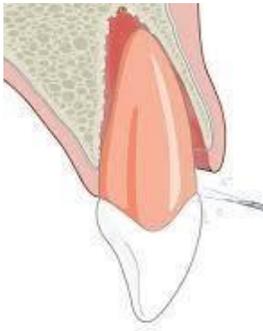
1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem):
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

2) Subluxación



1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem):
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

3) Extrusión



1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem):
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

4) Luxación Lateral



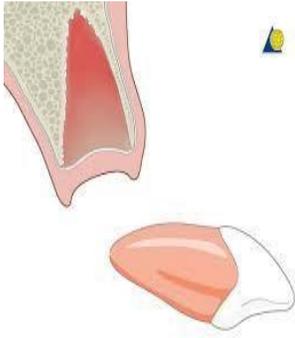
1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem):
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

5) Intrusión



1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem):
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

6) Avulsión



1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem):
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

ANEXO 2

CUESTIONARIO PLAN DE TRAMIENTO DE TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

El presente cuestionario es un instrumento que evalúa el conocimiento sobre el manejo o tratamiento de traumatismos dentoalveolares, Se realizará según la clasificación de Andreasen basado en la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la salud (1969). Este cuestionario será anónimo, se solicita llenarlo con honestidad. Completa la información Según:

Tiempo de ejercicio profesional.....

Grado académico.....

Especialidad: Endodoncia (), Cirugía Maxilofacial (), Ortodoncia (), Rehabilitación Oral(), Periodoncia(), Odontopediatría().

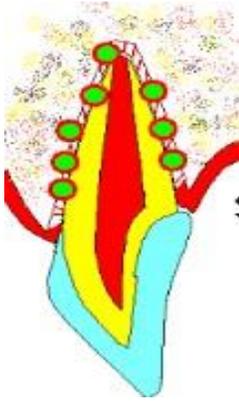
Marque las alternativas que considere correcta para el manejo clínico de cada diagnóstico de traumatismos dentoalveolares.

1 Concusión



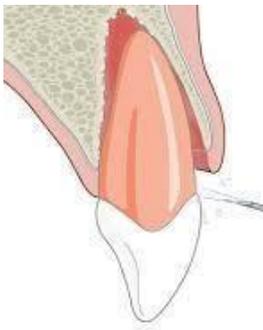
1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem):
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

2 Subluxación



1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem): 1-2
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

3 Extrusión



1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem):2-6
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

4 Luxación Lateral



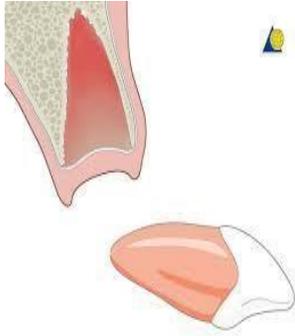
1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem): 2-5
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

5 Intrusión



1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem): 3-4
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

6 Avulsión



1. Examen radiográfico
2. Reposicionamiento dentario
3. Extrusión quirúrgica
4. Extrusión ortodóntica
5. Conducta vigilante para reerupción.
6. Ferulización
7. Tiempo de ferulización (sem): 4-8
8. Ajuste oclusal
9. Antibiótico terapia
10. Tratamiento endodóntico
11. Control

ANEXO 3

BAREMACIÓN DEL CUESTIONARIO

Para determinar los niveles de conocimiento se utilizó los percentiles, así tenemos:

Nivel

Malo: P₁-P₃₃: 0-2 6x0,33=1.98

Regular: P₃₄-P₆₇: 3-4 6x0,67=4.02

Bueno: P₆₈-P₁₀₀: 5-6 6x1=6

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FILIAL TRUJILLO

Yo CÉSAR VÁSQUEZ PLASENCIA con DNI 40837872, COP 18162, RNE 1098, docente del curso de Tesis II, hago constar que estoy asesorando a la alumna ROSMERY COLLANTES VARGAS en la ejecución de su estudio titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE TRAUMATISMO DENTALES DE CIRUJANOS DENTISTAS DEL DISTRITO DE TRUJILLO, REGIÓN LA LIBERTAD, DURANTE EL AÑO 2016" como parte del curso de Tesis II de la currícula de odontología de la Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote (ULADECH) - SEDE TRUJILLO.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado.

CÉSAR VÁSQUEZ PLASENCIA

COP 18162 RNG 1098

ANEXO 5

OFICIO DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO DE TRUJILLO



COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ - REGIÓN LA LIBERTAD

Trujillo, 06 de octubre del 2016

Señor:
C.D. PAREDES CALDERON JOSE
Coordinador Carrera Odontología
Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote – Filial Trujillo

Presente.-

De mi especial consideración:

Reciba un afectuoso saludo a nombre del Colegio Odontológico del Perú Región La Libertad y el mío propio.

Mediante el presente, hago llegar a su despacho la relación de nombres y direcciones de odontólogos ubicados en el distrito de Trujillo, información que fue solicitada mediante su carta N° 026-2016 E.P.O. ULADECH CATOLICA TRUJILLO para el cumplimiento curricular en el curso de TESIS II de vuestra estudiante en odontología la Srta. Rosmery Collantes Vargas.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



C.D. SANTIAGO CASTILLO MECHATO
DECANO

**ISEJO ADMINISTRATIVO REGIONAL
2015 - 2016**

DECANO
D. Santiago A. Castillo Mechato

VICE - DÉCANO
D. Maximiliano V. Florez Quiroz

DIRECCIÓN GENERAL
D. Antonio A. Aguirre Aguilar

DIRECCIÓN ECONOMÍA
C.D. Carlos R. Zúñiga Mantilla

DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN
C.D. Sonia G. Suárez Ávalos

DIRECCIÓN PLANIFICACIÓN
I. Rose Marie J. Márquez Zamudio

DIRECCIÓN LOGÍSTICA
C.D. Juan F. Nomberto Escobar

e-mail: codalltra@gmail.com Av. España 507 Trujillo - Perú Teléfonos: 51(44)245364 51(44)232875 RPM #721947

ANEXO 6

GRÁFICO ESTADÍSTICO

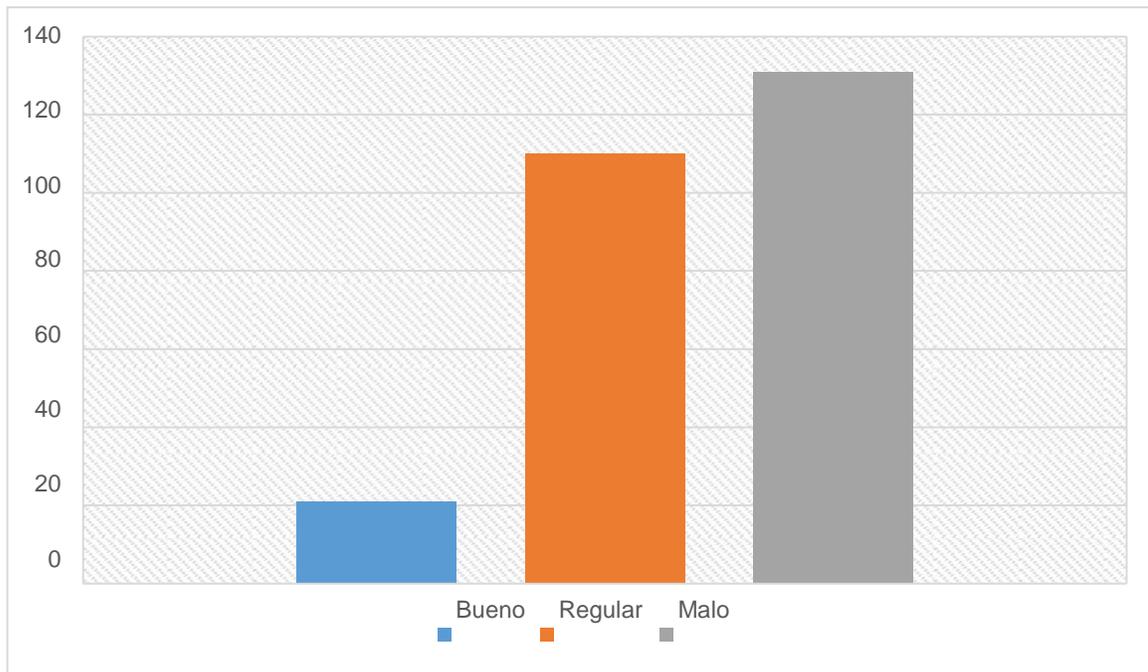


FIGURA 1: Nivel de conocimiento sobre de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región La Libertad durante el año 2016.

El nivel de conocimiento de cirujanos dentistas, en razón del instrumento aplicado, fue malo con un 50%, los odontólogos con un nivel regular con 41.98%, y los odontólogos con un nivel bueno solo alcanzaron el 8.02%.

ANEXO 7

FOTOGRAFÍAS

Figura 2

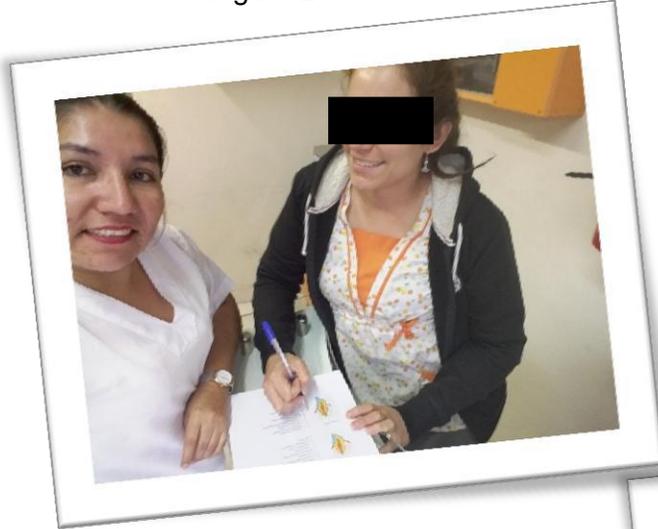


Figura 3

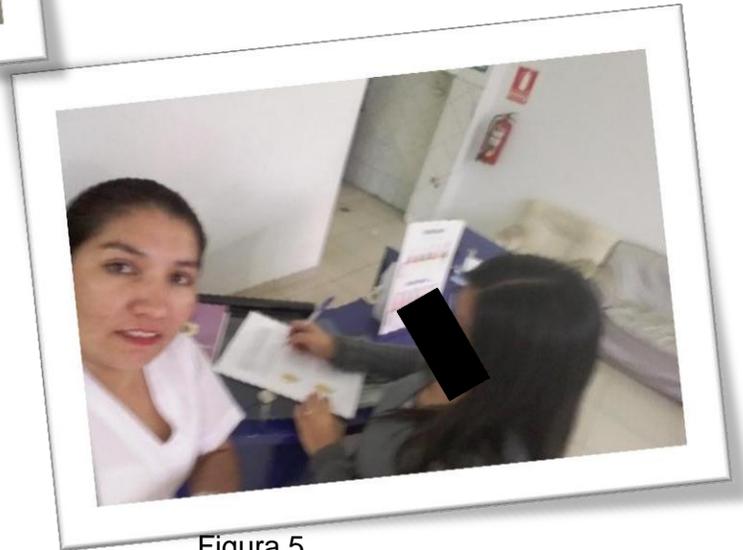


Figura 4



Figura 5

