



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO DE
TRAUMATISMOS DENTALES DE LOS CIRUJANOS
DENTISTAS DEL DISTRITO DE FLORENCIA DE MORA,
REGIÓN LA LIBERTAD, 2017
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR

VALVERDE SANCHEZ ROSSY JONATHAN

ORCID: 0000-0003-4315-861X

ASESOR

VASQUEZ PLASENCIA CESAR ABRAHAM

ORCID: 0000-0001-9426-7002

TRUJILLO- PERÚ

2019

1. TÍTULO DE LA TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO DE TRAUMATISMOS
DENTALES DE LOS CIRUJANO DENTISTAS DEL DISTRITO DE
FLORENCIA DE MORA, REGIÓN LA LIBERTAD, 2017**

2. EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Rossy Jonathan Valverde Sánchez

ORCID: 0000-0003-4315-861X

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudio De Pregrado, Trujillo, Perú.

ASESOR

Vásquez Plasencia César Abraham

ORCID: 0000-0001-9426-7002

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencia de la Salud, Escuela Profesional De Odontología, Trujillo Perú.

JURADO

Pairazamán García Juan Luis

ORCID: 0000-0001-8922-8009

Morón Cabrera Edwar Richard

ORCID: 0000-0002-4666-8810

Velásquez Veneros Cynthia Karina

ORCID: 0000-0001-5756-7137

3. PAGINA DEL JURADO EVALUADOR

Mgtr. PAIRAZAMÁN GARCÍA JUAN LUIS

PRESIDENTE

Mgtr. MORÓN CABRERA EDWAR RICHARD

MIEMBRO

Mgtr. VELÁSQUEZ VENEROS CYNTHIA KARINA

MIEMBRO

Mgtr. CÉSAR ABRAHAM VÁSQUEZ PLASENCIA

ASESOR

4. AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por su bendición para mí y mi familia, por iluminar mi camino y seguir adelante.

A mis padres, Arístides valverde y Fidelia Sanchez, por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, por su confianza depositada en mí, por no dejarme nunca solo, a pesar de los inconvenientes que la vida nos presenta y nunca dejaron de creer en mí, gracias a ellos sigo avanzando.

A la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, por recibirme en su Centro de Estudios.

DEDICATORIA

A Dios por guiarme en todo este largo camino, por brindarme amor, paciencia, sabiduría, destreza y fortaleza permitiéndome llegar hasta este momento tan importante en mi formación profesional.

A mis padres: Arístides y Fidelia, por ser mi fortaleza y motivo importante de mi vida, quienes con su amor y apoyo me han permitido llegar a cumplir este sueño.

A mis hermanos, por el apoyo constante y motivación incondicional para alcanzar mis metas.

A Deysi por motivarme día con día y haber alcanzado esta etapa maravillosa de mi vida y aun angelito que llevare siempre en mi corazón, todos estos logros cumplidos son gracias a ellos, por motivarme constantemente para alcanzar mis metas.

5. RESUMEN

El objetivo de la investigación fue medir el nivel de conocimiento sobre el manejo de traumatismos dentoalveolares en los cirujanos dentistas en el Distrito de Florencia de Mora, región La Libertad, 2017. Se encuestó a 28 cirujanos dentistas que laboran en el distrito de Florencia de Mora durante el año 2017; el instrumento utilizado fue un instrumento validado, basado en la clasificación de Andreasen y la clasificación por la Organización Mundial de la Salud (1969): concusión, luxación, extrusión, luxación lateral, intrusión y avulsión. Se evaluó el nivel de conocimiento según tiempo de ejercicio profesional, grado académico y especialidad profesional. Se encontró un nivel de conocimiento malo 28.6% y regular 57.1%. Según tiempo de ejercicio profesional los cirujanos dentistas que presentan una experiencia de 0 a 4 años predomina el nivel regular 46.4%, seguido de un nivel malo 28.6% y finalmente un nivel bueno con 7,15%. Los dentistas que presentan experiencia prolongada de 5 años a más el 10.7% presenta un nivel regular, el 7.15% presentó un nivel bueno. Según grado académico el 100% de los cirujanos dentistas presentan el grado académico de Bachiler, en los que predomina un nivel de conocimiento Regular 57.1%. Se concluyó que el nivel de conocimiento sobre el manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas del distrito de Florencia de Mora, región La Libertad, 2017 fue regular 57.1%.

Palabras clave: Cirujano dentista, Nivel de conocimiento, trauma dental.

ABSTRACT

This research aimed to measure the level of knowledge about the management of dentoalveolar trauma in dentist surgeons in the District of Florence of Mora, La Libertad region, 2017. 28 dentist surgeons who work in the district of Florence of Mora were surveyed during the year 2017; The instrument used was a validated instrument, based on the Andreasen classification and the qualification by the World Health Organization (1969): concussion, dislocation, extrusion, lateral dislocation, intrusion and avulsion. Each question with a possible procedure (ANNEX 4). The level of knowledge was evaluated according to time of professional practice, academic degree and professional specialty. A level of bad knowledge was found 28.6% and regular 57.1%. According to professional practice time, dental surgeons who have an experience of 0 to 4 years predominate the regular level 46.4%, followed by a bad level 28.6% and finally a good level with 7.15%. Dentists who have prolonged experience from 5 years to more than 10.7% have a regular level, 7.15% presented a good level, according to academic degree 100% of dental surgeons have a Bachelor academic degree, which predominates a level of Regular knowledge 57.1%. It was concluded that the level of knowledge about dental trauma management of the dentist surgeon of the district of Florence de Mora, La Libertad region, 2017 was regular 57.1%.

Keywords: *Level of knowledge, dental surgeon, dental trauma.*

6. CONTENIDO

1. Título de la tesis	ii
2. Equipo de trabajo	iii
3. Hoja de firma del jurado y asesor	iv
4. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria.....	v
5. Resumen y abstract	vii
6. Contenido	ix
7. Índice de gráficos, tablas y cuadros	x
I. Introducción	1
II. Revisión de literatura	3
III. Hipótesis	17
IV. Metodología	18
4.1. Diseño de la investigación	18
4.2. Población y muestra.....	18
4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores...	19
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
4.5. Plan de análisis.....	22
4.6. Matriz de consistencia.....	23
4.7. Principios éticos	24
V. Resultados	25
5.1 Resultados	25
5.2 Análisis de resultados	29
VI. Conclusiones	32
VII. Referencias bibliográficas	33
Anexos	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Determinar el nivel de Conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas del distrito Florencia de mora, 2017.....	25
Tabla 2: Determinar el nivel de Conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas del distrito Florencia de mora, según tiempo de ejercicio profesional.....	26
Tabla 3: Determinar el nivel de Conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas del distrito Florencia de mora, según grado académico.....	27
Tabla 4: Determinar el nivel de Conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas del distrito Florencia de mora, según especialidad.....	28

I. INTRODUCCIÓN

Los traumatismos dentoalveolares son la condición oral más frecuente en la infancia y adolescencia después de la caries dental y la gingivitis.^{1,2} Dependiendo del grado de la lesión, tienen repercusión negativa en el diente, en el periodonto, en la estética facial y en el diente sucesor, de ser una pieza decidua la afectada.³

Las lesiones dentales traumáticas son muy frecuentes entre los niños en edad preescolar. Cuando ocurre a una edad muy temprana (antes de la erupción de los dientes primarios), dicho trauma puede alterar el desarrollo normal de la dentición permanente y, más raramente, afectar la dentición primaria, causando problemas de desarrollo en la dentición primaria, como impactación, dilaceraciones, hipoplasia y odontoma.⁴ Los estudios revelan que se producen alteraciones en la dentición permanente. En dónde se demuestra que el trauma dentoalveolar antes del desarrollo completo de la dentición e incluso antes de que la erupción de los dientes primarios pueda conducir a anomalías muy poco comunes en la dentición primaria.⁴ Además, puede haber repercusiones en la dentición permanente cuando los gérmenes de estos dientes se lesionan por el desplazamiento intraóseo de los dientes primarios.⁵

La falta de conocimiento generalizada en los odontólogos sobre el manejo de los traumatismos dentoalveolares podría ser razón de una tasa elevada de mortalidad dental en la población joven,⁴ no pudiéndose tomar esto como un hecho por la falta de estadísticas, lo que impide a realizar una posible intervención.⁶

En base a ello la presente investigación tuvo como objetivo medir el nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentoalveolares de los cirujanos dentistas

del distrito de Florencia de Mora durante el año 2017. Con el fin de tomar acciones para prevenir prácticas iatrogénicas en el distrito de Florencia de Mora en cuanto al tratamiento de traumatismos dentoalveolares se refiere. Así mismo el presente estudio brinda datos que permiten tener un mejor panorama de la situación actual de la capacidad con que los odontólogos enfrentan los traumatismos dentoalveolares. Esto a su vez servirá para que se refleje en medidas preventivas que puede constar de capacitaciones, o similares auditorias clínicas hacia los odontólogos para evitar el aumento de casos donde la resolución de un traumatismo en manos de un odontólogo sea desfavorable. De esta forma se favorece a la sociedad.

La presente investigación es de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, de diseño prospectivo, observacional y trasversal. Se evaluó el nivel de conocimiento según tiempo de ejercicio profesional y especialidad profesional. Encontró un nivel de conocimiento malo (28.6%) y regular (57.1%). Según tiempo de ejercicio profesional los cirujanos dentistas que presentan una experiencia de 0 a 4 años predomina el nivel regular 46.4%, seguido de un nivel malo 28.6% y finalmente un nivel bueno con 7,15%. Los dentistas que presentan experiencia prolongada de 5 años a más el 10.7% presenta un nivel regular, el 7.15% presentó un nivel bueno. Se concluyó que el nivel de conocimiento sobre el manejo de traumatismos dentales del cirujanos dentistas del distrito de Florencia de Mora, región La Libertad, 2017 fue regular (57.1%). Se concluye que el nivel de conocimiento en cirujanos dentistas sobre el manejo de traumatismos dentoalveolares es malo.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Kariya P et al.⁶ (India, 2019) Evaluación del conocimiento sobre el manejo de emergencias de lesiones dentales traumáticas avulsionadas en niños entre los odontólogos generales en India. El estudio se realizó para evaluar el conocimiento de los odontólogos generales con respecto al manejo de las lesiones dentales traumáticas. El instrumento de evaluación fue un cuestionario. La muestra estuvo constituida por 224 odontólogos, se evaluó en conocimiento en general en función de calidad educativa y años de experiencia. Como resultados se observaron niveles notablemente bajos de conocimiento. La experiencia clínica y la mayor calificación educativa de los cirujanos dentistas revelaron diferencias estadísticamente significativas en los métodos de manejo de los traumatismos dentales. Se concluyó que la educación profesional superior y la experiencia clínica adicional se asociaron con un mejor conocimiento en el manejo de traumatismos dentales.

Alluqmani F et al.⁵ (Arabia Saudita, 2018). Evaluación del conocimiento de los maestros de escuela sobre el manejo de lesiones dentales traumáticas en la ciudad de Al-Madinah, Arabia Saudita. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de los maestros de escuela primaria e intermedia sobre el manejo de traumatismos dentoalveolares. El instrumento de evaluación fue un cuestionario estructurado previamente validado, autoadministrado, anónimo y cerrado a 178 maestros de escuela en 13 escuelas diferentes. Casi el 28.1% de los maestros adquirió un programa de capacitación en primeros auxilios y el 6.2% solo aprendió sobre el

manejo de lesiones dentales en la capacitación en primeros auxilios. En cuanto al conocimiento sobre el manejo de las lesiones traumáticas dentales, el 55.1% de los maestros se dio cuenta del momento apropiado para el tratamiento de las lesiones traumáticas dentales. Un pequeño porcentaje de maestros seleccionó respuestas correctas para el medio de almacenamiento adecuado. Se encontró que los medios de almacenamiento más comúnmente seleccionados fueron la leche fría, la solución salina fisiológica y la saliva del paciente en 14.6%, 6.7% y 2.2%, respectivamente. Se concluyó que el conocimiento entre los maestros de escuela primaria e intermedia en el manejo de las lesiones traumáticas dentales es insatisfactorio.

Ramos R. ⁷ (Perú, 2018). Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de La Esperanza, región La Libertad, durante el año 2018. La presente investigación tenía el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de La Esperanza, región La Libertad, durante el año 2018. Se aplicó un cuestionario en 82 cirujanos dentistas. Como resultado se encontró que el 52% de los cirujanos dentistas encuestados presentaron nivel de conocimiento malo, mientras el 39% presentó nivel regular y escasamente el 9% presentó nivel bueno. En cuanto al nivel de conocimiento según tiempo de ejercicio profesional, tanto el tiempo de ejercicio prolongado 57% y corto 50% tuvieron nivel de conocimiento malo. Por otro lado, se encontró nivel de conocimiento malo tanto para profesionales con un grado académico de bachiller 52.94%, así como al grado académico de maestría 50%; finalmente el nivel de conocimiento según especialidad fue malo tanto para los cirujanos dentistas con especialidad 41.67% y

los cirujanos dentistas sin especialidad 54.29%. Se concluyó que el nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales por parte de los cirujanos dentistas en el distrito de La Esperanza fue malo. Se recomienda replicar el estudio en otras regiones del Perú, con el fin de tener estadísticas nacionales.

Collantes R. ⁸ (Perú, 2016). Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, región La Libertad, durante el año 2016. El propósito de éste 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 seis 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 bachilleres 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.

Re D et al. ⁹ (Italia, 2014). Tratamiento de lesiones dentales traumáticas: evaluación

del conocimiento entre dentistas italianos. Se realizó el estudio con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento en el manejo de diferentes escenarios de trauma dental en una población de odontólogos. Para esto aplicaron un cuestionario compuesto por cinco casos clínicos de lesiones dentales traumáticas a 500 dentistas el cual se dividió en dos partes: la primera sección tenía como objetivo recopilar información demográfica de los participantes como edad, sexo, año de graduación, principal tipo de ocupación (práctica predominantemente en un hospital o en un entorno privado) y capacitación previa en traumatología dental (asistencia a cursos de postgrado o de educación continua). La segunda parte consistía en 9 preguntas centradas en cinco casos clínicos. Luego se realizó las pruebas de correlación (Pearson chi-cuadrado, o prueba exacta de Fisher con un nivel de significación $\alpha = 0.05$) para la identificación de diferencias estadísticas. Obteniendo como resultados: El número medio de respuestas correctas a todas las preguntas fue de $6,6 \pm 1,5$, hubo una tendencia ligeramente mejor para los dentistas que trabajan en los hospitales, (respuestas correctas en 7 de 9 preguntas) con respecto a los practicantes privados, así como los que realizaron postgrado o cursos después de su graduación. Concluyendo que el nivel de conocimiento en el grupo de los dentistas era heterogéneo y evidenciando la falta de conocimiento, además presentaban problemas en el tratamiento de las lesiones traumáticas como avulsión dental y fractura de la raíz.

Castillo A.¹ (México, 2012). Manejo y conocimiento de los Odontólogos generales y especialistas sobre traumatismos dentales. En su estudio analizan el manejo y conocimiento de los odontólogos generales y especialistas sobre traumatismos

dentales, aplicaron 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 encontraron valores significativos entre la relación del tiempo de ejercicio profesional y el nivel de conocimiento.

Pedrini. et al.² (Brasil, 2011). Nivel de Conocimiento del Dentista sobre los planes de Traumatismo para Lesiones del Ligamento Periodontal después de un Traumatismo Dentoalveolar. En su investigación determinaron el nivel de conocimiento de los dentistas, sobre los procedimientos y plan de tratamiento post trauma dentoalveolar. Aplicaron un cuestionario a 293 dentistas que asistieron a la 23 reunión anual de la sociedad brasileña de investigación dental. 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, carecen del suficiente conocimiento para el manejo de la mayoría de traumatismos dentoalveolares.

2.2. MARCO TEÓRICO:

Traumatismos Dentoalveolares:

Se ha definido como el resultado de un impacto, de naturaleza multivariada, sobre la corona clínica dental o los procesos maxilares¹¹, a esta fuerza se oponen la resistencia y elasticidad del tejido óseo, la dureza del tejido dental y la bondad de los tejidos blandos. Es la causa accidental quien predomina⁶ y esta se encuentra directamente relacionada a la etapa de desarrollo que cursa el individuo de esta forma estudios anteriores han podido encontrar etapas del desarrollo donde la propensión a sufrir un traumatismo (en general) se eleva.⁷

Así los niños entre 12 y 30 meses de edad se encuentran en la primera etapa de riesgo, donde tienen capacidad motriz suficiente para desplazarse sobre dos pies por sí mismos, sin embargo, como en todo, la falta de práctica de estas habilidades le llevan a cometer errores⁷ como aceleración indebida o intentar saltos más allá de su capacidad los que a su vez potenciados por una falta de capacidad de reintegrarse prontamente resulta en el trauma. Pasado este periodo de aprendizaje el riesgo disminuye hasta la entrada en una etapa social deportiva que comienza a los 6- 7 años de edad, donde el niño se interrelaciona de manera mucho más consiente con otros iguales, donde los deportes pasan de practicarse en la seguridad del seno familiar al nuevo reto social, así en este nuevo escenario los niños hasta la edad de 9 años nuevamente cursan una etapa de riesgo. El riesgo vuelve a elevarse cuando, durante una etapa de adolescencia que de por sí es complicada, deciden inspeccionar nuevas posibilidades y retos, uso de patinetas, motos, etc. aumentan el riesgo, aunque no tan notablemente como en las etapas pasadas (contradictoriamente el

riesgo de lesiones graves e incluso la muerte se eleva).⁸

Las lesiones dentales traumáticas son muy frecuentes entre los niños en edad preescolar. Cuando ocurre a una edad muy temprana (antes de la erupción de los dientes primarios), dicho trauma puede alterar el desarrollo normal de la dentición permanente y, más raramente, afectar la dentición primaria. El estudio de Baldivieso P¹⁰ describe un traumatismo dentoalveolar a los seis meses de edad que causó problemas de desarrollo raros en la dentición primaria, como impactación, dilaceraciones, hipoplasia y odontoma. Las imágenes revelaron que también se produjeron alteraciones en la dentición permanente. Este informe demuestra que el trauma dentoalveolar antes del desarrollo completo de la dentición e incluso antes de que la erupción de los dientes primarios pueda conducir a anormalidades muy poco comunes en la dentición primaria. Además, puede haber repercusiones en la dentición permanente cuando los gérmenes de estos dientes se lesionan por el desplazamiento intraóseo de los dientes primarios.

Etiología:

Aunque presenta una etiología multicausal, resalta como más preocupante la resultante de abuso físico y como más prevalente los accidentes durante actividades deportivas y caídas, además:

El abuso físico, por parte de los padres o terceros hacia el niño es la causa que más debería preocupar al profesional, afortunadamente los casos han ido en disminución, no se debe olvidar que en estos casos el profesional es el más capacitado para su detección e informe.⁹

Actividades deportivas, en niños de 6 a 9 años que comienzan a practicarlos fuera

de la seguridad familiar aumentado a la brusquedad propia de los niños generan el mayor pico de riesgo a sufrir traumatismo dental. Existen estudios que reflejan la severidad de este problema y describe que cada año, del 1.5% al 3,5% de los niños que participan en deportes de contacto suelen tener traumatismos.¹⁰

Las caídas durante la infancia son extremadamente frecuentes durante las edades iniciales del desarrollo psicomotriz, así durante el 1er y 3er año de vida el riesgo de fractura está duplicado, y se alcanza una prevalencia similar entre los 7 y 9 años de edad donde se expone a nuevos retos sociales.¹¹ Los accidentes de bicicleta, que por la potencia de la caída conllevan a injuria del tejido coronal al no llegar a absorber la fuerza del impacto por los tejidos de sostén; la predisposición genética, siendo la más importante de este grupo la maloclusión clase II subdivisión 1 de Angle, donde la exagerada protrusión de los dientes superiores los convierten en principal candidato a recepcionar cualquier impacto, en los niños discapacitados, que presentan alteraciones psicomotoras o patologías relacionadas con la autoagresión como el síndrome de Lesch - Nyhan también se ve aumentado el riesgo por motivos obvios.¹²

Clasificación de los traumatismos dentoalveolares:

Andreasen nos presentó una clasificación tras valorar y modificar la propuesta por la Organización Mundial de Salud en su catalogación internacional de enfermedades aplicada a la Odontología y a la Estomatología, en 1995.^{13, 32}

La clasificación se refiere tanto a las lesiones de los tejidos duros dentales y de la pulpa, así como a los tejidos periodontales, mucosa y hueso. Presenta la ventaja de que se puede aplicar tanto en dentición temporal como en permanente.¹⁴

B). LESIONES A LOS TEJIDOS PERIODONTALES:

CONCUSIÓN:

Clínicamente a la observación no se aprecia ningún cambio, sin embargo, la percepción táctil presenta un ligero dolor (percusión, masticación). No presenta ningún otro signo clínico como sangrado, desplazamiento o movilidad patológica. Etiológicamente es debido a un trauma leve en el diente que transmite las fuerzas al tejido que lo soporta.¹⁵

El tejido periodontal cursa un leve proceso de inflamación debido a las fuerzas que sobre el arremetieron, sin un daño mayor como ruptura de fibras del LP o irrupción de la cortical interna. El tratamiento adecuado involucra un adecuado diagnóstico, análisis clínico y radiográfico, uso de antiinflamatorios dependiendo de la susceptibilidad al dolor dental del paciente, recomendación de una dieta blanda mientras la pieza se encuentre sensible (máximo de 2 semanas) y un tediol control.^{15,16}

SUBLUXACIÓN:

Clínicamente a la observación se puede apreciar un leve sangrado en el surco gingival durante la emergencia (la observación tras esta no evidencia sangrado), dolor al tacto o presión además existe movilidad patológica de la pieza dental sin desplazamiento.¹⁷

Etiológicamente se da por las fuerzas traumáticas moderadas ejercidas sobre el diente que lo transmitió al tejido que lo soporta.¹⁵

El tejido periodontal cursa un proceso de inflamación severa, además se aprecian fibras del LP que han sido transgredidas y un ensanchamiento de las corticales, pero sin ruptura.¹⁸

El tratamiento adecuado involucra un adecuado diagnóstico, análisis clínico y radiográfico, uso de antiinflamatorios analgésicos, dependiendo del grado de movilidad se sugiere contención, además de una dieta blanda mientras se fija el diente. Control posterior, raramente se indica un tratamiento endodóntico.¹⁵

EXTRUSIÓN:

Clínicamente a la observación se aprecia alargamiento de la corona clínica y, dependiendo de la severidad de la lesión o de la reabsorción ósea propia de una enfermedad periodontal paralela, exposición coronal del tercio superior radicular, la percepción al tacto muchas veces es indolora o presentar un dolor leve a la percusión genera un sonido sordo; presenta sangrado proveniente del surco gingival y movilidad patológica.¹⁶

Etiológicamente se da producto de fuerzas traumáticas sobre el diente en sentido axial que por la resistencia y elasticidad del hueso alveolar fueron desviadas en sentido coronal.¹⁹

El tejido periodontal cursa un grave proceso de inflamación debido a las fuerzas que sobre el arremetieron, aunque esto no es tan apreciable clínicamente al no existir presión por haberse despegado el tejido radicular compresor lo que se comprueba por el ensanchamiento del espacio del LP apreciable radiográficamente (Rx peri apical), ruptura de gran parte de fibras del LP, ensanchamiento, y ciertas veces irrupción, de la cortical interna (fractura).¹⁶

El tratamiento adecuado involucra un adecuado diagnóstico, análisis clínico y radiográfico, uso de antiinflamatorios, reposición manual de la pieza dental hasta alcanzar la armonía oclusal y fijación con Nylon o alambre de ortodoncia fijado a dos piezas dentales de cada lado con resina por un lapso de 2 semanas durante las

cuales se recomienda dieta blanda, se debe mantener un control a las 2 semanas, al mes, a los 3 meses y al año (a no ser que se presente una urgencia) si no se presenta necrosis el tratamiento se da por terminado, de presentarse se realiza el tratamiento de conductos correspondiente a la pieza dental; en las piezas permanentes se evita el anterior panel cuando la extrusión es grande pues se realiza exodoncia.^{19,20}

LUXACIÓN LATERAL:

Clínicamente a la observación se aprecia desplazamiento de la corona clínica generalmente en sentido palatino y aunque con menor frecuencia, dependiendo de la naturaleza del impacto, el desplazamiento puede ser vestibular o lateral. Presenta sangrado proveniente del surco gingival y movilidad patológica.¹⁶

Etiológicamente se da producto de fuerzas traumáticas sobre el diente en un sentido cercano al axial o perpendicular.²¹

El tejido periodontal cursa un grave proceso de inflamación debido a las fuerzas que sobre el arremetieron, se aprecia un aumento del espacio del ligamento periodontal en apical apreciable radiográficamente (Rx oclusal), ruptura de gran parte de fibras del LP, compresión en la zona opuesta a la del desplazamiento y es casi un hecho la fractura alveolar.¹⁹

El tratamiento involucra un adecuado diagnóstico, análisis clínico y radiográfico, uso de antiinflamatorios, reposición manual de la pieza dental y del fragmento óseo hasta alcanzar la armonía oclusal y fijación con férula semirrígida o alambre de ortodoncia fijado a dos piezas dentales de cada lado con resina por un lapso de 2 – 4 semanas, pudiendo extenderse hasta 8 de evidenciarse radiográficamente pérdida de soporte periodontal, y sutura de tejidos lacerados, se debe mantener un control a las 2 semanas, al mes, a los 3 meses y al año (a no ser que se presente una urgencia)

si no se presenta necrosis el tratamiento se da por terminado, de presentarse se realiza el tratamiento de conductos correspondiente a la pieza dental; en la dentición decidua cuando la luxación es menor y no interfiere oclusalmente se puede optar por la inacción, cuando la luxación es mayor, interfiere con la oclusión y es hacia lingual, se opta por la exodoncia.²¹

INTRUSIÓN:

Clínicamente a la observación se aprecia pérdida de dimensión de la corona clínica, la percepción al tacto muchas veces es indolora o presenta un dolor leve. La percusión genera un sonido metálico.

Presenta sangrado proveniente del surco gingival y rigidez; dependiendo del tipo y la intensidad del impacto la corona pudo instruirse levemente o desaparecer dentro de su alveolo por este motivo es necesario el control radiográfico para diagnóstico diferencial con avulsión.

Etiológicamente se da producto de fuerzas traumáticas sobre el diente en sentido completamente axial.

El tejido periodontal ha sufrido desgarro en toda su extensión apreciable radiográficamente (Rx periapical) en el desplazamiento apical de la raíz en su alveolo, la irrupción de la cortical interna se expresa en una fractura conminuta no desplazada, aunque en algunos casos puede producirse una fractura vestibular del proceso alveolar, así como perforación de esta pared. Es necesario agregar la descripción diferencial de una intrusión lingual (hacia el germen dental) con una vestibular siendo que en el primer caso la toma oclusal revela un diente que aparenta elongación no pudiendo visualizarse el ápice, mientras que en el segundo caso la pieza parece escorzada y el ápice es identificable.²¹

El tratamiento adecuado involucra un adecuado diagnóstico, análisis clínico y radiográfico, terapia analgésica y antiinflamatoria; la re erupción dental es probable en estos casos con diferencias entre la dentición decidua y la permanente, así para la primera es requisito no sobrepasar $\frac{1}{2}$ de la corona clínica y la re erupción durara de 3 a 4 semanas, mientras que en la permanente es requisito que la pieza no haya intruido $\frac{1}{3}$ de su corona y la raíz presente un ápice abierto; de no darse estas condiciones se procederá al manejo extrusivo quirúrgico u Ortodoncico hasta alcanzar la armonía Oclusal, siendo el segundo más propio de lesiones en piezas permanentes.^{22,23} Si el especialista opto por esperar la reerupción debe mantener un control semanal adecuado, de ocurrir se debe seguir monitoreando la vitalidad pulpar aunque lo más probable es la necrosis, de realizar un tratamiento extrusivo siempre se realizara terapia pulpar. Por lo anterior expuesto en todos los casos donde la re erupción no es considerada por el especialista debido a la imposibilidad de la misma urge realizar la terapia pulpar en las primeras 24 horas con un plazo límite de 14 días de otra forma se aumenta exponencialmente la reabsorción de tipo inflamatoria. Para la dentición decida se tienen dos consideraciones especiales y es que de evidenciarse radiográficamente intrusión lingual (contacto con germen dental) o inflamación Periapical aguda en cualquier momento del tratamiento se opta por realizar la Exodoncia de la pieza.²⁴

AVULSIÓN:

Clínicamente a la observación es evidente la ausencia de corona clínica, es requisito la toma de placa radiográfica como diagnóstico diferencial de no haberse encontrado la pieza Avulsionada. Presenta sangrado proveniente del alveolo expuesto. Se debe valorar laceración de tejidos blancos como los labios, encías, etc.

Muy frecuentes en este tipo de lesión.²⁵

Etiológicamente se da producto de fuerzas traumáticas transversales al eje mayor dental, la elasticidad del tejido óseo alveolar favorece el ensanchamiento del lecho alveolar, a su vez el trauma desgarrar las fibras periodontales lo que facilita la avulsión de la pieza.^{25,26}

La avulsión de dientes permanentes es más común en la dentición permanente joven. La avulsión se produce porque la formación radicular todavía está incompleta y el periodonto es muy resiliente.^{25,26,27}

El tejido periodontal ha sido completamente desgarrado, el tejido óseo puede presentar micro fracturas propias del proceso de ensanchamiento o una gran fractura que dio salida a la porción radicular.²⁶

El tratamiento adecuado involucra un adecuado diagnóstico, análisis clínico y radiográfico, uso de antiinflamatorios. En este punto existen dos terapias posibles; el tratamiento consecuente a una Exodoncia que implica irrigación, Curetaje del lecho alveolar y síntesis (Ferulización mediante sutura de existir porción del proceso alveolar fracturado) y la reimplantación dental.

Para que esta se considere viable tiene que considerarse el tiempo de la avulsión, así 1 hora es el límite bajo el cual el diente pudo encontrarse en un medio no hidratante mientras que 6 horas en un medio hidratante y 24 en uno reconstituyente.

También se considera el estado del ápice pues de encontrarse inmaduro la posibilidad de implante desaparece tras dos horas. Se aprecia el estado de la pieza, pues ante una salud deteriorada (fractura severa, caries extensa) o contraindicación Ortodoncica sería conveniente no reimplantar; además se analiza el estado del tejido receptor, así una historia de periodontitis severa contraindica el tratamiento al igual

que fractura conminutiva desplazada o fractura extensa. Para el reimplante se realiza limpieza del tejido dental con suero fisiológico sin raspado de la porción radicular, igualmente se retira el coagulo del alveolo por aspiración indirecta e irrigación; posterior a ello se Feruliza apoyándose de la zona medio de dos dientes contiguos a cada lado. ²⁸

El medio de transporte indicado se ha discutido en diferentes estudios concediendo en que la leche pasteurizada estéril es el más adecuado de lo de alcance inmediato, también se ha postulado la miel de abeja, la saliva o incluso agua, aunque la mayoría de estudios concuerdan que apenas si favorecería a las células periodontales más que mantenerlas en medio seco. Parece sin embargo un acuerdo más probable medios de tipo reconstituyente, como la Solución salina equilibrada de Hank, como el más indicado para el cuidado del tejido periodontal remanente.

Se termina con terapia de conductos a las 2 semanas de la avulsión si esta presentaba ápice cerrado o ápice abierto expuesto tiempo considerable (es controversial si se puede lograr la revascularización).

Los dientes deciduos no suelen reimplantarse debido al compromiso que para el germen del diente parmente implica y la falta de colaboración del niño.²⁹

III. HIPÓTESIS

No presenta hipótesis por ser de nivel descriptivo.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, porque hace uso de la estadística.³⁰

El presente trabajo de investigación es de nivel descriptivo, porque la presente investigación describe el comportamiento y estudio de la variable principal³⁰ que es el nivel de conocimiento de traumatismo dentoalveolar en una población específica, y el estudio de covariable de tiempo de experiencia, grado académico género.

Transversal: Porque el presente estudio trabajo en un solo tiempo.³⁰

Prospectivo: Porque el estudio se aplica hasta determinar o no la aparición del efecto.³⁰

Observacional: Porque el investigador se limita a medir las variables que define en el estudio.³⁰

4.2. Población y Muestra

Universo: cirujanos dentistas que ejercen en la región La Libertad

Población: 28 Cirujanos dentistas que ejercen en el Distrito de Florencia de Mora.

- **Criterios de inclusión:**

Cirujanos dentistas titulados y colegiados.

Cirujanos dentistas que ejerzan en el Distrito de Florencia de Mora.

Cirujanos dentistas que acepte participar voluntariamente en el estudio, firmando el consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:**

Cirujano dentista que presenten enfermedades que alteren la lucidez mental.

Cirujanos dentistas que desistan de participar en el estudio.

4.3. Definición y Operacionalización de Variables e indicadores

- **Variable:**

Nivel de conocimiento:

Es definido como la amplitud del conjunto de información sobre manejo de traumatismos dentoalveolares, acumulados durante la práctica o formación.¹²

- **Co - variable:**

Tiempo de ejercicio profesional: Es la cantidad de años que lleva ejerciendo la profesión desde su titulación hasta la actualidad.⁷

Grado académico: Es un reconocimiento otorgado por una institución educativa superior, habitualmente se otorga después de la culminación exitosa de un proyecto de estudio.⁸

Especialidad: Es la división de una ciencia, desarrollada por una persona que se dedica a un estudio concreto y profundo de una parte de la misma, la cual es acreditada por una certificación universitaria.⁷

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR	Definido como el nivel que se enfoca en el conocimiento sobre traumatismo dental, que poseen los cirujano dentistas, para afrontar un tratamiento. ¹²	Nivel de conocimiento de los cirujanos dentista del distrito de Florencia de Mora sobre traumatismo dental	Cuestionario	Malo (0-2 respuestas correctas) Regular (3-4 respuestas correctas) Bueno (5-6 respuestas correctas)	Cualitativa	Ordinal
COVARIABLES						
TIEMPO DE EXPERIENCIA	Es la cantidad de años que lleva ejerciendo la profesión desde su titulación hasta la actualidad. ⁷	Es el tiempo que lleva ejerciendo el profesional con su título académico	Datos de la hoja de recolección de datos	Prolongado: más de 10 años Corto: menor de 10 años	Cualitativa	Ordinal
GRADO ACADÉMICO	Categoría con la que cuenta el profesional después de haber culminado sus estudios satisfactoriamente. ⁸	Reconocimiento	Diploma	Bachiller Maestría Doctorado	Cualitativa	Ordinal
ESPECIALIDAD	Es la división de una ciencia, desarrollada por una persona que se dedica a un estudio concreto y profundo de una parte de la misma, la cual es acreditada por una certificación universitaria. ⁷	Reconocimiento	Diploma	Especialidad No especialidad	Cualitativa	Nominal

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnica

Observación

4.4.2. Instrumento

En la investigación se utilizó el instrumento elaborado por Pedrine.² El cual es un cuestionario con 6 tipos de traumatismos dentoalveolares según la clasificación de Andreasen, basado en la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (1969). Validado y modificado por Ramos R⁷ y Collantes R⁸: Concusión, luxación, extrusión, luxación lateral, intrusión y avulsión, cada pregunta permite la elección de 11 posibles procedimientos.

4.4.3. Procedimiento

La encuesta constó de seis tipos de traumatismos dentoalveolares según la clasificación de Andreasen propuesta por la Organización Mundial de la Salud (1969): Concusión, luxación, extrusión, luxación lateral, intrusión y avulsión, cada pregunta permitió la elección de 11 posibles procedimientos; El encuestado eligió los procedimientos que consideró adecuados para una resolución satisfactoria del traumatismo. Si la elección de los procedimientos es correcta al 100% la pregunta se consideró adecuada y se le otorgó el valor de 1, caso contrario si el encuestado no seleccionó todos los procedimientos correctos se le otorgó 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 a la dirección de la escuela de Estomatología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote autorización para la aplicación del instrumento.

Se solicitó la autorización personal de cada participante (anexo 1) requerido para la ejecución del proyecto.

Se aplicó una encuesta, adjuntado con un consentimiento informado que el cirujano dentista firmó (Anexo 2), y posterior a ello se le otorgó la ficha de recolección de datos con 6 preguntas (anexo 4) en un tiempo de 15 minutos, previamente validada. El instrumento empleado constó de 2 partes: primera son los datos generales y la segunda de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares.

4.5. Plan de análisis

Para la presente investigación se utilizó tablas de distribución de frecuencias unidimensionales y bidimensionales con sus valores absolutos y relativos, asimismo se elaboró gráficos de barras para ilustrar los resultados de la investigación.

Para el análisis y procesamiento de la información se hizo uso de una hoja de cálculo de Microsoft Excel y del software estadístico SPSS versión 24.

4.6. Matriz de consistencia:

PROBLEMA	OBJETIVOS	METODOLOGIA	POBLACION
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas del distrito de Florencia de Mora, región La Libertad, 2017?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas del distrito de Florencia de Mora, región La Libertad, durante el año 2017</p> <p>Objetivo específico:</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas según tiempo de ejercicio profesional.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas según grado académico</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas en estomatología según especialidad</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, prospectivo, observacional.</p>	<p>Población:</p> <p>28 Cirujanos dentistas titulados del distrito de Florencia de Mora, región La Libertad</p>

4.7.Principios éticos.

La presente investigación, siguió los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), Para el desarrollo de esta investigación se tomó 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 investigación.³¹ La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. Código de ética ULADECH.³³

V. RESULTADOS

5.1.Resultados

Tabla 1: Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas del distrito Florencia de Mora, región La Libertad – 2017

Nivel de Conocimiento	N	%
Bueno	4	14.3
Regular	16	57.1
Malo	8	28.6
Total	28	100.0

Fuente: Datos obtenidos por el investigador

INTERPRETACIÓN: Se observa que el nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas del distrito Florencia de Mora, fue mayormente regular con 57.1% seguido por un nivel de conocimiento malo con un 28.6%; y sólo un 14.3% registró un nivel de conocimiento bueno.

Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas según tiempo de ejercicio profesional. Distrito Florencia de Mora, región La Libertad – 2017

Nivel de Conocimiento	Tiempo de Ejercicio Profesional				Total	
	Corto (0 - 4 años)		Prolongado (de 5 años a mas)		N	%
	n	%	n	%		
Bueno	2	7.15	2	7.15	4	14.3
Regular	13	46.4	3	10.7	16	57.1
Malo	8	28.6	0	0	8	28.6
Total	23	82.15	5	17.85	28	100.0

Fuente: Datos obtenidos por el investigador

INTERPRETACIÓN: Según el tiempo de ejercicio profesional, los cirujanos dentistas que presentan una experiencia de 0 a 4 años predomina el nivel regular 46.4%, seguido de un nivel malo 28.6% y finalmente un nivel bueno con 7,15%. Los dentistas que presentan experiencia prolongada de 5 años a más el 10.7% presenta un nivel regular, el 7.15% presentó un nivel bueno.

Tabla 3: Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas según Grado académico. Distrito Florencia de Mora, región La Libertad - 2017

Nivel de Conocimiento	Grado Académico						Total
	Bachiller		Maestría		Doctorado		
	N	%	n	%	N	%	N
Bueno	4	14.3	0	0	0	0	4
Regular	16	57.1	0	0	0	0	16
Malo	8	28.6	0	0	0	0	8
Total	28	100.0	0	0	0	0	28

INTERPRETACIÓN: Se encontró que el 100% de los cirujanos dentistas presentaron el grado académico de Bachiller; en ellos predomina el nivel de conocimiento regular, con un 57.1%, seguido de un nivel de conocimiento malo, con un 28.6% y un nivel de conocimiento bueno, con un 14.3%.

Tabla 4: Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de los cirujanos dentistas según especialidad del Distrito Florencia de Mora, región La Libertad – 2017

Nivel de Conocimiento	Especialidad				Total n
	Especialista		No especialista		
	N	%	n	%	
Bueno	4	14.3	0	0	4
Regular	16	57.1	0	0	16
Malo	8	28.6	0	0	8
Total	28	100.0	0	0	28

Fuente: Datos obtenidos por el investigador

INTERPRETACIÓN: El 100% de los cirujanos dentistas no presentan Especialidad, en ellos predomina el nivel de conocimiento regular, con un 57.1%, seguido de un nivel de conocimiento malo, con un 28.6% y un nivel de conocimiento bueno, con un 14.3%.

5.2. Análisis de resultados.

El trauma dentoalveolar dental es una lesión en la boca, que incluye dientes, labios, encías, lengua y mandíbulas. La lesión dental traumática puede varias complicaciones como la avulsión dental, fracturas, luxaciones dentales, subluxación o conmoción cerebral. Entre todas las complicaciones, se decide determinar el nivel de conocimiento del manejo de los traumatismos dentoalveolares.

La literatura hasta el presente año garantizaba la necesidad de mejorar el nivel de conocimiento del manejo de los traumatismos dentoalveolares. Sin embargo, algunos resultados difieren de un estudio a otro. La causa probable de tal observación podría atribuirse al tipo de capacitación profesional adquirida en sus respectivas áreas.⁶

El nivel de conocimiento en los cirujanos dentistas de Florencia de Mora en Trujillo es regular (57.1%), resultados que difieren en parte con los encontrados por Kariya P,⁶ Ramos R,⁷ Collantes R,⁸ Re D,⁹ Castillo A ¹ y Pedrini,² ya que el nivel predominante de todos estos estudios es malo. La causa probable de tal observación podría atribuirse a que la mayor parte de la población del presente estudio se ha graduado recientemente y los conocimientos en ellos son más actuales; ya que ahora tanto estudiantes como profesionales invierten en congresos de actualización, incluso las mismas universidades exigen la asistencia a dichos cursos. Otra causa probable de la observación es que como los profesionales que participaron en el estudio se graduaron recientemente, previo a su graduación hicieron internado hospitalario y algunos de ellos serums hospitalario, por lo tanto están en contacto frecuente con las emergencias hospitalarias que se presentan, ya que los casos de traumatismos son derivados rápidamente a un centro de salud para atenderlos y es ahí donde los

profesionales o alumnos que hacen sus prácticas de internado puedan adquirir algunos conocimientos respecto al manejo del tema.

Para el caso de tiempo de ejercicio profesional predomina el nivel regular tanto en la corta como prolongada experiencia. Estos resultados concuerdan con la literatura, Kariya P,⁶ Ramos R,⁷ Collantes R,⁸ Re D,⁹ Castillo A ¹ y Pedrini;² . Los participantes del estudio como los participantes de los estudios de la literatura refieren que en parte estos casos no es común recibirlos en la consulta dental tengan o no tengan prolongado o corto tiempo de ejercicio profesional, esta observación probablemente podría explicarse por el hecho de que tal caso se habría informado a los especialistas de centros hospitalarios primero para el manejo general del paciente lesionado. La causa probable de tal observación podría atribuirse al tipo de capacitación profesional adquirida por los odontólogos en sus respectivas áreas.

Al evaluar el nivel de conocimiento según grado académico, se halló que los profesionales únicamente presentaban grado académico era de Bachiller, siendo el 100% de los cirujanos dentistas que participaron del estudio, predominando el nivel de conocimiento regular, con un 57.1%, seguido de un nivel de conocimiento malo, con un 28.6% y un nivel de conocimiento bueno, con un 14.3%. Resultados que difieren con los encontrados por Kariya P,⁶ Ramos R,⁷ Collantes R,⁸ Re D,⁹ Castillo A ¹ y Pedrini.² Ya que ellos determinan que los que presentan grado de doctorado y maestría presentan mayor nivel de conocimiento a comparación de los que presentan bachiller. Esto pueda deberse a que a mayor grado académico los conocimientos y la exigencia aumentan y ésta pueda ser la razón de la discrepancia que exista con los resultados. Otra razón posible es que en la etapa universitaria nos proporcionan conocimientos básicos en el tema del manejo de traumatismos dentoalveolares. Sin

embargo en el presente estudio el nivel de conocimiento es regular en profesionales que presentan bachiller. Una razón posible para este resultado es como se mencionó en un inicio, son profesionales que acaban de finalizar con su internado hospitalario y a su vez con el ciclo del serums y ello sea la causa que el conocimiento haya mejorado en esta población y mantengan tanto las bases teóricas universitarias como lo que se ve en las prácticas diarias en un hospital de la atención a traumatismos dentoalveolares.

En cuanto al nivel de conocimiento según especialidad, no hay resultados significativos ya que no hay especialistas en Florencia de Mora, siendo un dato alarmante para la investigación, esta observación pueda mostrar relación de la zona sociodemográfica con el factor económico, dificultando a los profesionales que radican en esta zona no puedan cubrir los gastos de una especialidad o un grado académico mayor al que tienen.

La presente investigación mostró que pocos dentistas, en general, tenían el conocimiento sobre el manejo de emergencias y el tratamiento de calidad necesario para mejorar el pronóstico de traumatismos dentoalveolares. Por lo tanto, hay una razón convincente para enfatizar la conciencia de los dentistas sobre su importante papel en el manejo de los traumatismos dentoalveolares.

Una de las limitaciones del estudio puede ser la pequeña muestra del estudio.

VI. CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares, en los cirujanos dentistas de Florencia de Mora es predominantemente regular y le sigue el nivel de conocimiento malo.

Según tiempo de ejercicio profesional los cirujanos dentistas que presentan una experiencia de 0 a 4 años predomina el nivel regular.

En los dentistas que presentan experiencia profesional de cinco años a más predomina el nivel de conocimiento regular.

El nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares, en los cirujanos dentistas de Florencia de Mora con un grado académico de bachiller es predominantemente regular, seguido de un nivel de conocimiento malo.

Recomendaciones.

Se recomienda realizar más estudios en el país sobre traumatismos dentoalveolares.

Se recomienda que las universidades amplíen el tema de traumatismos dentales, ya que se debe estar preparado o capacitado al egresar del centro de pregrado.

El hallazgo garantiza la necesidad de programas educativos informativos para actualizar y aumentar el conocimiento de los dentistas en práctica con respecto al manejo de emergencia de traumatismos dentoalveolares.

VII. 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. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2937/1/1080227465.pdf>
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. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242011000400005
3. Yeng T. Parashos P. dentists management of dental injuries and dental trauma in Australia: a review. Dental Traumatology. 2008; 24(1) : 268-271. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18489477>
4. Amaral G, Brasileiro C, Pereira de Araújo P, Ferreira F. Rare dental developmental disturbance in primary and permanent teeth following trauma prior to tooth eruption: Case report. Dent Traumatol. 2019 Jun 24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31234235>
5. Alluqmani F, Omar O. Assessment of schoolteachers' knowledge about management of traumatic dental injuries in Al-Madinah city, Saudi Arabia. Eur J Dent. 2018 Apr-Jun;12(2):171-175. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29988212>
6. Kariya P, Singh S, Bargale S, Shah S, Kulkarni N, Dave B. Evaluation of knowledge regarding emergency management of avulsed traumatic dental injures in children among general dental practitioners in India. Indian J Dent Res, 2019, 30: 21 – 6. Disponible en: <http://www.ijdr.in/article.asp?issn=09709290;year=2019;volume=30;issue=1;spage=21;epage=26;aulast=Kariya>

7. Ramos R. Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujanos dentistas del distrito de La Esperanza, región La Libertad, durante el año 2017. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Trujillo: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/4887>
8. Collantes R. Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentales de cirujano dentistas del distrito de Trujillo, región La Libertad, durante el año 2016. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Trujillo: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/4873>
9. Re Augusti D, Paglia G, Augusti G, Cotti E. Treatment of traumatic dental injuries: evaluation of knowledge among Italian dentists. Eur J Paed Dent. 2014; 1 (15): 23-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24745588>
10. Baldivieso P. Huaynoca N. Traumatismos dentales. Rev Act Clin. 2012; 23: 1086-91. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000800003&lng=es&nrm=iso
11. Hu L. Prisco C. Bombana A. Knowledge of Brazilian general dentists and endodontists about the emergency management of dentoalveolar trauma. dent traumatol 2006; 22: 113-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16643284>
12. Kirzioglu Zuhul, O zay Erturk traumatic Injuries of the Permanent Incisor in Children in southern Turkey: a retrospective study. Dental Traumatology; 2005; 21: 20-25. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4038/1/Mezarina_Mendoza_Jhon_Paul_Iakov_2009.pdf

13. Soto L, Curbelo R, Torres L. Frecuencia de traumatismos dentales en los incisivos en niños de 6 a 12 años. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016; 15(1):101-112. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65069>
14. Pérez R et al. Dental Trauma in Children: a survey. Endod Dent Traumatol 1991; 7:210-213. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4038/1/Mezarina_Mendoza_Jhon_Paul_Iakov_2009.pdf
15. Caldas J, Burgos M. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. Dent Traumatol 2001; 17:250-53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11766091>
16. Rivera R. Nivel de conocimiento y actitud sobre traumatismo dentoalveolares en profesores del nivel primario de escuelas públicas. [Tesis para optar por el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2011.
17. Marcenes W, Alessi O, Traebert J. Causes and prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors of school children aged 12 years in Jaragua do Sul, Brazil. Int Dent. J. 2000;50: 87-92. Disponible en: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/view/2838>
18. Escobar F. Traumatismos en la dentición temporal. En: Escobar F. Odontología Pediátrica. 2da Edición. Chile: Editorial Universitaria; 1990. 213-26. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2246/T-617.63-P45.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Traebert J. Knowledge of lay people and dentists in emergency management of dental trauma. Dent Traumatol 2009 :25(3): 277-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19583575>

20. Zuhail K, Semra O, Hüseyen K. Traumatic injuries of the permanent incisors in children in Southern Turkey: A retrospective study. *Dent Traumatol* 2005; 21: 20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15660751>
21. Mezarina J. Traumatismos dentales [Monografía para optar por el título de especialista en odontopediatria]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2009
22. Lopez J. Garcia B. Garcia S. tratamiento de las lesiones dentales traumáticas. Revisión bibliográfica. *Acta odontol. Venez.* 2006; 44(3): 6pp. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3/lesiones_dentales_traumaticas.asp
23. Cueto A. Avila C. Gonzales J. Traumatismos dentoalveolares que afectan a las estructuras de soporte de los dientes temporales y sus efectos en los sucesores definitivos. *Int. J. Odontostomat.* 2012; 6(3):379-383. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2012000300023
24. Mallqui L. Hernández J. Traumatismos dentales en dentición permanente. *Rev Estomatol Herediana.* 2012; 22(1):42-49. Disponible en: https://www.academia.edu/7558609/Traumatismos_dentales_en_dentici%C3%B3n_permamente
25. Hernández E. Vargas L. Medina C. Varela C. Anton M. Manejo inmediato de intrusión dental y lesión en tejidos blandos: Reporte de caso. *Rev Estomatol Herediana.* 2015 Jul-Set; 25(3):218-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a07v25n3.pdf>
26. Andreasen J, Backland L. Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic dental injuries-a review article. *Dent. Traumatol.* 2002; 18(1):116-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12110104>

27. Person R, Liewhr F, Patton W. Human periodontal ligament cell viability in milk and milk substitutes. J Endod. 2003;29(3):184-86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12669877>
28. Marino T, Lesley A, Liewehr F. Determination of Periodontal Ligament Cell Viability in Long-Shelf Milk. J Endod. 2000;26(12):699-702. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11471636>
29. Jordan F. Sosa H. Estrada J. Protocolo de manejo de diente permanente avulsionado para el servicio de salud oral de la Fundación Hospital La Misericordia y la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá (2011). Univ Odontol. 2012; 31(66): 185-210. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2723-Texto%20del%20art%C3%ADculo-11242-1-10-20120807.pdf>
30. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LC. Metodología de la Investigación. 5ta Edición. México: McGraw Hill, 2010.
31. Declaración de Helsinki. Tokio: Asamblea Médica mundial. [citado 2015 Noviembre 30]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/etica/declaracion_Helsinki.pdf
32. García BC. Mendoza MA. Traumatología oral en odontopediatría. diagnóstico y tratamiento integral. España; Editorial Ergon; 2003: p – 33. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-traumatologia-oral-en-odontopediatria-diagnostico-y-tratamiento-integral/9788484731795/903551>
33. Código de ética para la investigación. ULADECH. Versión 001 [Internet]. [citado 02 noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.uladech.edu.pe/images/stories/universidad/documentos/2016/codigo-de-etica-para-la-investigacion-v001.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

SOLICITUD

Trujillo 6 de mayo del 2017

Señor: C.D. José Paredes Calderón

Coordinador de la carrera de Odontología

De la universidad Católica Los Ángeles de Chimbote

yo, Valverde Sánchez Rossy Jonathan, con DNI 45392301, domiciliado en Mz 23 Lte 11, calle 9 de octubre, Florencia de Mora, con el debido respeto me presento y expreso, que vengo cursando el octavo ciclo de la carrera profesional de Odontología, en el curso de tesis II, con el fin de llevar a cabo mi proyecto de tesis titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO DE TRAUMATISMOS DENTALES POR PARTE DE CIRUJANOS DENTISTAS DEL DISTRITO FLORENCIA DE MORA, REGION LA LIBERTAD, DURANTE EL AÑO 2017”, por lo cual solicito a usted requerir al colegio de Odontólogos de la libertad el número de Odontólogos colegiados en los distritos de Trujillo (el porvenir, Florencia de Mora, huanchaco, la esperanza, Laredo, Víctor Larco, Trujillo, poroto, Salaverry, Simbal).

A usted solicito acceder a mi petición

Atentamente

Valverde Sánchez Rossy Jonathan

DNI. 45392301

Anexo 2

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote

Facultad Ciencias de la salud

Escuela de Odontología


CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado (a) con DNI número _____, declaro tener conocimiento del trabajo de investigación titulado ““NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO DE TRAUMATISMOS DENTALES POR PARTE DE CIRUJANOS DENTISTAS DEL DISTRITO DE FLORENCIA DE MORA, REGION LA LIBERTAD, DURANTE EL AÑO 2017” acepto participar en esta investigación, teniendo la confianza de que la información recogida en el instrumento, será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención. Además confío que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma del estudiante

Trujillo, _____ de _____ del 2017

Anexo: 3



COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ - REGIÓN LA LIBERTAD

Trujillo, 15 de Mayo del 2017

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

**DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA REGIONAL
2015 - 2017**

DECANO
Santiago A. Castillo Mechato

VICE - DECANO
Maximiliano V. Florez Quiroz

DIRECCIÓN GENERAL
Antonio A. Aguirre Aguilar

DIRECCIÓN ECONOMÍA
Carlos R. Zúñiga Mantilla

DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN
María G. Suárez Ávalos

DIRECCIÓN PLANIFICACIÓN
María J. Márquez Zamudio

DIRECCIÓN LOGÍSTICA
Nomberto Escobar

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 Víctor Larco y demás distritos, información que fue solicitada mediante su carta N° 006-2017 E.P.O. ULADECH CATOLICA TRUJILLO para el cumplimiento curricular en el curso de TESIS II de vuestro estudiante en odontología el Sr. ROSSY JONATHAN VALVERDE SÁNCHEZ.




Sin otro particular, quedo de usted.




Atentamente,



C.D. SANTIAGO CASTILLO MECHATO
DECANO

Anexo 4. Encuesta.

CUESTIONARIO PLAN DE TRAMIENTO DE TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES			
<p>Con el propósito de facilitar el tratamiento de traumatismos dentoalveolares, se realizará la clasificación de Andreasen basado en la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la salud (1969). Se presenta en la tabla los tipos de traumatismos dentoalveolares y Ud. Puede marcar con un aspa (X) los procedimientos como parte de un plan de tratamiento para cada tipo de trauma dental. Puede elegir uno o más opciones para cada tipo de lesión. Tiempo de ejercicio profesional..... Grado académico..... Especialidad.....</p>			
	<p>1. Concusión</p>	<p>1. (X) Examen radiográfico 2. () Reposicionamiento dentario 3. () Extrusión quirúrgica 4. () Extrusión Ortodóncico 5. () Conducta vigilante para reerupción. 6. () Ferulización 7. () Tiempo de ferulizacion (sem):</p>	<p>8. () Ajuste oclusal 9. () Antibiótico terapia 10. () Tratamiento endodóncico 11. (X) Control</p>
	<p>2. Subluxación</p>	<p>1. (X) Examen radiográfico 2. () Reposicionamiento dentario 3. () Extrusión quirúrgica 4. () Extrusión Ortodóncico 5. () Conducta vigilante para reerupción. 6. (X) Ferulización 7. () Tiempo de ferulizacion (sem):1-2</p>	<p>8. () Ajuste oclusal 9. () Antibiótico terapia 10. () Tratamiento endodóncico 11. (X) Control</p>
	<p>3. Extrusión</p>	<p>1. (X) Examen radiográfico 2. (X) Reposicionamiento dentario 3. () Extrusión quirúrgica 4. () Extrusión Ortodóncico 5. () Conducta vigilante para reerupción. 6. (X) Ferulización 7. () Tiempo de ferulizacion (sem): 2-6</p>	<p>8. (X) Ajuste oclusal 9. (X) Antibiótico terapia 10. (X) Tratamiento endodóncico 11. (X) Control</p>

	<p>4. Luxación Lateral</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. (X) Examen radiográfico 2. (X) Reposicionamiento dentario 3. () Extrusión quirúrgica 4. () Extrusión Ortodóncico 5. () Conducta vigilante para reerupción. 6. (X) Ferulización 7. ()Tiempo de ferulizacion (sem): 2-5 	<ol style="list-style-type: none"> 8. (X) Ajuste oclusal 9. (X) Antibiótico terapia 10. (X) Tratamiento endodóntico 11. (X) Control
	<p>5. Intrusión</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. (X) Examen radiográfico 2. (X) Reposicionamiento dentario 3. (X) Extrusión quirúrgica 4. (X) Extrusión Ortodóncico 5. (X) Conducta vigilante para reerupción. 6. (X) Ferulización 7. ()Tiempo de ferulizacion (sem): 	<ol style="list-style-type: none"> 8. (X) Ajuste oclusal 9. (X) Antibiótico terapia 10. (X) Tratamiento endodóntico 11. (X) Control
	<p>6. Avulsión</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. (X) Examen radiográfico 2. (X) Reposicionamiento dentario 3. () Extrusión quirúrgica 4. () Extrusión Ortodóncico 5. () Conducta vigilante para reerupción. 6. (X) Ferulización 7. ()Tiempo de ferulizacion (sem):4-8 	<ol style="list-style-type: none"> 8. (X) Ajuste oclusal 9. (X) Antibiótico terapia 10. (X) Tratamiento endodóntico 11. (X) Control

Anexo: 5

Tipo de lesión

Plan de tratamiento	C	S	E	LL	I	A
Examen radiográfico	X	X	X	X	X	X
Reposicionamiento del diente			X	X	X	X
Conducta vigilante para re erupción o Extrusión Ortodoncico o Extrusión quirúrgica					X	
Férula		X	X	X	X	X
Ajuste oclusal			X	X	X	X
Tratamiento con antibióticos			X	X	X	X
Tratamiento Endodontico			X	X	X	X
Control	X	X	X	X	X	X
TOTAL = 6	1	1	1	1	1	1

C = Concusión, S = Subluxación, E = extrusión, LL = luxación Lateral, IL = intrusión, A = avulsión

Valores	Puntaje
Bueno	5 -6
Regular	3 - 4
Malo	0 -2

Tratamiento	Puntaje
concusión	1
Subluxación	1
extrusión	1
luxación Lateral	1
Intrusión	1
Avulsión	1
Total	6

Fotografías:

