

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología



“RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE PADRES O TUTORES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA FRENTE AL MANEJO INMEDIATO DE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA EN NIÑOS- AREQUIPA, 2017”

Tesis presentada por la bachiller:

Vilca Zegarra, Daniela Inés

para optar el Título Profesional de:

Cirujana Dentista

Asesor:

Díaz Andrade, Carlos Javier

AREQUIPA-PERÚ

2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR JAIME GALLEGOS ZANABRIA

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 118

Vista la solicitud que presenta don (ña DANIELA INÉS VILCA ZEGARRA sobre el dictamen de la Tesis titulada "RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM FRENTE AL MANEJO INMEDIATO DE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA EN NIÑOS- AREQUIPA, 2017" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR JAIME GALLEGOS ZANABRIA
MGTER MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES
DR ALBERTO FIGUEROA BANDA

Arequipa, 21 de DICIEMBRE del 2017

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Dr. MARTÍN LARRY ROSADO LINARES
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Sr. Decano de la Facultad
el presente boletín de tesis debe ser enviado a) decano
y centros b) los asesores estara de acuerdo a la conclusión
c) revisar y categorizar según el nivel de conocimiento y actitud de los
pacientes o sujetos. 12/04/18

Habiendo emitido su informe es procedente el
emitir el veredicto del jurado.
19/04/18
[Signature]
Cod. 1799

Arequipa, 2017 _____

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

MGTER MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 118

Vista la solicitud que presenta don (ña DANIELA INÉS VILCA ZEGARRA sobre el dictamen de la Tesis titulada "RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM FRENTE AL MANEJO INMEDIATO DE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA EN NIÑOS- AREQUIPA, 2017" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR JAIME GALLEGOS ZANABRIA
MGTER MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES
DR ALBERTO FIGUEROA BANDA

Arequipa, 21 de DICIEMBRE del 2017

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA


Dr. MARTÍN LARRY ROSADO LINARES
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME


Sr. Decano de la Facultad de Odontología:

Previo saludar y habiendo revisado el presente borrador de tesis donde se encuentran las siguientes correcciones: Formato, ortografía, resumen, variables, identificaciones y medidas, numéricas, interpretación de los cuadros y gráficos propios, además se modificó en el título: *paciente por paciente* ó *titular*.

Atte  29/12/17

Sr. Decano de la Facultad de Odontología:

Habiéndose realizado las correcciones superiores doy por concluido para que continúe con el trámite correspondiente.

Atte  23/05/18

Arequipa, 2017



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR ALBERTO FIGUEROA BANDA

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 118

Vista la solicitud que presenta don (ña DANIELA INÉS VILCA ZEGARRA sobre el dictamen de la Tesis titulada "RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM FRENTE AL MANEJO INMEDIATO DE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA EN NIÑOS- AREQUIPA, 2017" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR JAIME GALLEGOS ZANABRIA
MGTER MARIA DEL SOCORRO BARRIGA FLORES
DR ALBERTO FIGUEROA BANDA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

Dr. MARTÍN LARRY ROSADO LINARES
Decano de la Facultad de Odontología

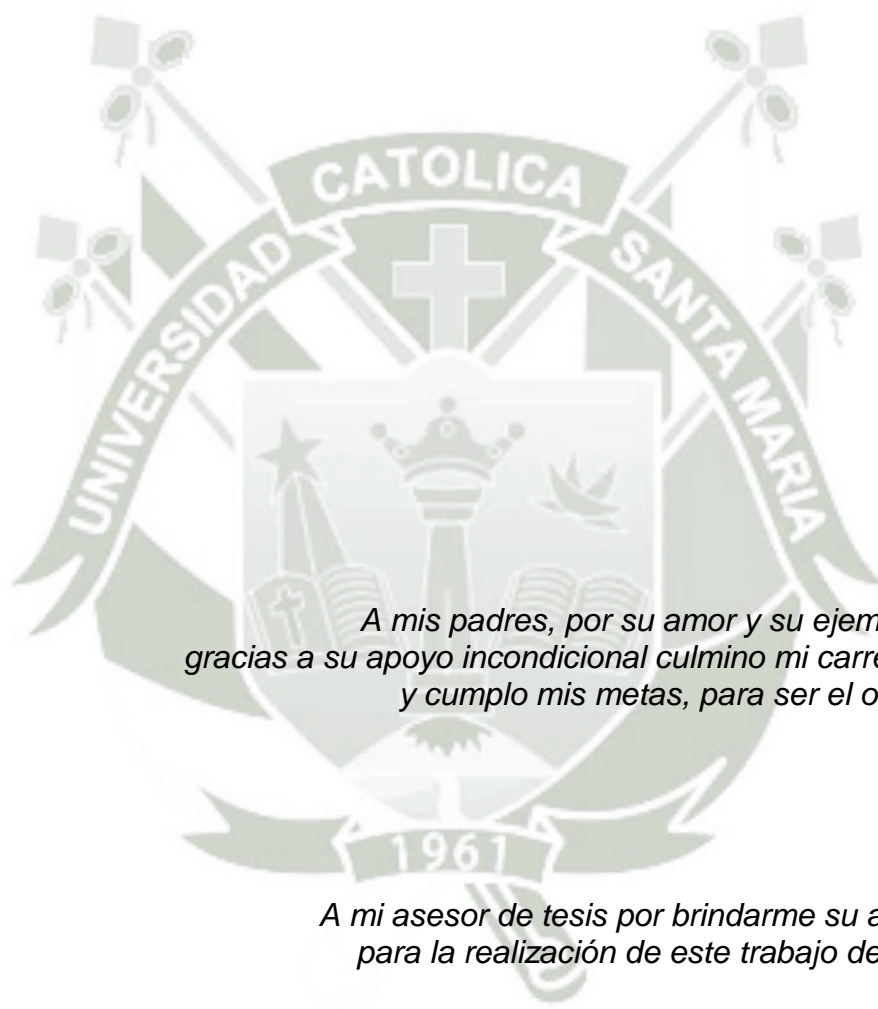
Arequipa, 21 de DICIEMBRE del 2017

INFORME

Vista el trabajo de investigación
se indica lo siguiente con respecto a:
- Mejorar el título de la tesis reemplaz el presentador por
- Corregir el Resumen
- Mejorar la discusión.
- Aclarar los conclusiones e base a objetivos
- las gráficas e base a los indicadores
Realizadas las correcciones
se da pase a la sustentación
2018/05/23.

Arequipa, 2018/05/20

Alberto Figueroa Banda



*A mis padres, por su amor y su ejemplo de trabajo,
gracias a su apoyo incondicional culmino mi carrera profesional
y cumplo mis metas, para ser el orgullo de ellos.*

*A mi asesor de tesis por brindarme su apoyo y tiempo
para la realización de este trabajo de investigación.*

*A los doctores catedráticos de la Facultad de Odontología
que me brindaron los conocimientos necesarios
en algún momento de la carrera y durante el desarrollo
de este trabajo de investigación.*

ÍNDICE

RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	XI
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Determinación del problema	1
1.2 Enunciado del problema	1
1.3 Descripción del problema	2
1.4 Justificación	3
2. OBJETIVOS	4
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 Conceptos básicos	5
3.1.1 Traumatismos dentoalveolares	5
3.1.1.1 Etiología	5
3.1.1.2 Epidemiología	6
3.1.1.3 Evaluación del paciente	7
3.1.1.4 Factores predisponentes	8
3.1.1.5 Clasificación de los traumatismos dentoalveolares	8
3.1.2 Atención inmediata para dientes traumatizados	9
3.1.2.1 Protocolo de atención para dientes fracturados	10
3.1.2.2 Medio de almacenamiento y transporte para dientes fracturados ...	10
3.1.2.3 Protocolo de atención para dientes avulsionados	10
3.1.2.4 Medio de almacenamiento y transporte para dientes avulsionados	10
3.1.3 Periodo extra oral	11
3.1.4 Necesidades de tratamiento	12
3.1.5 Examen y diagnóstico de dientes permanentes traumatizados	13

3.1.5.1	La historia clínica del paciente	13
3.1.5.2	Examen clínico	14
3.1.5.3	Examen radiográfico	14
3.1.5.4	Casos específicos.....	14
3.1.6	Tratamiento para dientes permanentes traumatizados	16
3.1.7	Examen, diagnóstico y tratamiento de dientes deciduos traumatizados	17
3.1.7.1	Plan de tratamiento.....	18
3.1.8	Prevención de lesiones causadas por trauma dentario	20
3.2	Antecedentes investigativos	20
3.2.1	Antecedentes Locales	20
3.2.2	Antecedentes Nacionales.....	21
3.2.3	Antecedentes Internacionales	22
4.	HIPÓTESIS	24
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		25
1.	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	26
1.1	Técnica.....	26
1.2	Instrumento.....	26
1.3	Materiales	29
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN	29
2.1	Ubicación espacial.....	29
2.2	Ubicación temporal	29
2.3	Unidades de estudio	29
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN.....	30
3.1	Organización.....	30
3.2	Recursos.....	31
4.	ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	31
4.1	A nivel de sistematización.....	31

4.2 A nivel de estudio de datos.....	32
4.3 A nivel de conclusiones	32
4.4 A nivel de recomendaciones.....	33
CAPÍTULO III: RESULTADOS	34
IV. DISCUSIÓN.....	55
V. CONCLUSIONES.....	58
VI. RECOMENDACIONES.....	59
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	60
VIII. HEMEROGRAFÍA	61
ANEXOS.....	62



ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. Información previa sobre primeros auxilios dentales.	34
CUADRO 2. Experiencias de avulsión y/o fractura dentaria.	36
CUADRO 3. Conocimiento general sobre avulsión y/o fractura dentaria.	38
CUADRO 4. Conocimiento del manejo inmediato de avulsión dental.	40
CUADRO 5. Conocimiento del manejo inmediato de fractura dentaria.	42
CUADRO 6. Nivel de conocimiento sobre avulsión y/o fractura dentaria	44
CUADRO 7. Actitud frente al manejo inmediato de avulsión dental según grupo etéreo.	46
CUADRO 8. Actitud frente al manejo inmediato de fractura dentaria según género	48
CUADRO 9. Actitud frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria	50
CUADRO 10. Relación entre nivel de conocimiento y actitud frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Información previa sobre primeros auxilios dentales.	35
GRÁFICO 2. Experiencias de avulsión y/o fractura dentaria.	37
GRÁFICO 3. Conocimiento general sobre avulsión y/o fractura dentaria.....	39
GRÁFICO 4. Conocimiento del manejo inmediato de avulsión dental.....	41
GRÁFICO 5. Conocimiento del manejo inmediato de fractura dentaria.	43
GRÁFICO 6. Nivel de conocimiento sobre avulsión y/o fractura dentaria	45
GRÁFICO 7. Actitud frente al manejo inmediato de avulsión dental según grupo etéreo.	47
GRÁFICO 8. Actitud frente al manejo inmediato de fractura dentaria según género	49
GRÁFICO 9. Actitud frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria	51
GRÁFICO 10. Relación entre nivel de conocimiento y actitud frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños	53

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo evaluar el nivel de conocimiento y la actitud de padres o tutores que acuden a la Clínica Odontológica frente a la avulsión y/o fractura dentaria en niños.

Dicha investigación posee un diseño descriptivo y transversal; se utilizó como instrumento una encuesta conformada por 23 preguntas, 15 correspondientes a conocimientos generales y manejo de avulsión y/o fractura dentaria, y 8 evaluando las decisiones que se tomaría frente a casos de avulsión y fractura dentaria. Esta encuesta fue aplicada a 60 personas (30 mujeres y 30 varones) que acudieron acompañando a un niño y voluntariamente aceptaron ser partícipes del estudio.

Tras el análisis de resultados se halló que el 75% nunca había recibido información sobre auxilios dentales. Descubriendo que el nivel de conocimiento de los encuestados es muy malo en el 6.7%, malo en el 58.3%, seguido de un 20% que obtuvo un nivel regular, bueno en un 11.7% y tan sólo el 3.3% tiene muy buen nivel de conocimientos.

Esto se refleja en la actitud que tendrían frente a estos casos, 70% tendría una actitud indecisa, 20% una actitud positiva, y un 10% de los entrevistados tendría una actitud negativa.

En la relación de nivel de conocimiento y actitud se obtuvo que un 55% tiene un nivel malo de conocimientos y su actitud sería indecisa frente a un trauma de avulsión y/o fractura dentaria, seguido de un 13.3% cuyo nivel de conocimiento es regular y tendrían una actitud indecisa, sólo el 10% obtuvo nivel bueno de conocimiento y tendría una actitud positiva.

Basados en el análisis estadístico concluimos que sí existe relación significativa (76.51%) entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a avulsión y/o fractura dentaria en niños.

Palabras clave: Avulsión, fractura dentaria.

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate the level of knowledge and attitude of parents or guardians who come to the Dental Clinic about avulsion and / or tooth fracture in childrens.

This research has a descriptive and transversal design, a survey was used as a tool consisting of 23 questions, 15 corresponding to general knowledge and management of avulsion and / or dental fracture, and 8 evaluating the decisions that would be taken in cases of avulsion and dental fracture. This survey was applied to 60 people (30 women and 30 men) who came accompanying a child and voluntarily agreed to be participants in the study.

After the analysis of results it was found that 75% had never received information about dental aids. Finding that the level of knowledge of the respondents is very bad in 6.7%, bad in 58.3%, followed by 20% that obtained a regular level, good in 11.7% and only 3.3% has a very good level of knowledge.

This is reflected in the attitude they would have in these cases, 70% would have an indecisive attitude, 20% a positive attitude, and 10% of the interviewees would have a negative attitude.

In the relation of level of knowledge and attitude it was obtained that 55% have a bad level of knowledge and their attitude would be indecisive in front of a trauma of avulsion and / or dental fracture, followed by a 13.3% whose level of knowledge is regular and they would have an indecisive attitude, only 10% had a good level of knowledge and would have a positive attitude.

Based on the statistical analysis we conclude that there is a significant relationship (76.51%) between the level of knowledge and the attitude towards avulsion and / or dental fracture in children.

Key words: Avulsion, dental fracture.

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos dentarios son un problema frecuente durante la niñez, debido a las constantes y múltiples actividades que se realizan durante esta etapa. Al avulsionar o fracturarse una o más piezas dentarias se generarán problemas de índole funcional, ya que el niño no podrá masticar los alimentos correctamente, estéticos, porque tendrá temor de sonreír o mostrar sus dientes, así como su apariencia se verá disminuida y psicológica porque influirá negativamente en la autoestima del niño.

El auxilio inmediato brindado por la persona que se encuentre con el niño (familiares, profesores, tutores, etc.) influirá directamente en el pronóstico. Por ello, es fundamental que la persona que realizará el auxilio esté adecuadamente preparada para brindar una eficaz y oportuna atención desde el momento en que ocurre el accidente hasta llegar a la consulta odontológica y/o médica inicial.

Nosotros, como odontólogos somos los responsables de brindar la información necesaria para el manejo de estas situaciones. Sin ir muy lejos, podemos comenzar por difundirla en pacientes que son atendidos en la Clínica Odontológica de nuestra universidad.

En este trabajo de investigación se pretende evaluar el nivel de conocimiento y la actitud que tendría un padre o tutor que presencie un caso de avulsión o fractura dentaria en un niño y también, la relación existente entre cuanto saben y qué harían. Los resultados servirán para determinar si nuestra población se encuentra capacitada para el manejo adecuado frente a uno de estos accidentes.

El trabajo de investigación consta de tres capítulos:

En el capítulo I, denominado Planteamiento Teórico incluye: El enunciado, descripción, justificación, objetivos e hipótesis, así como la descripción del marco teórico.

En el Capítulo II, se aborda el Planteamiento Operacional que consiste en las técnicas, instrumentos y materiales, de igual manera el Campo de verificación y las estrategias de recolección y manejo de resultados.

En el Capítulo III, se presentan los Resultados de la Investigación, como las tablas, gráficas e interpretaciones, así como la Discusión, las Conclusiones y Recomendaciones.

Y por último se incluye la bibliografía, hemerografía y los anexos correspondientes.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.

La cavidad bucal es una región que por su ubicación es susceptible de sufrir traumatismos. Las actividades que realizan los niños y la violencia en los medios urbanos los vuelven vulnerables, por ello, el conocimiento y el manejo inmediato adecuado de los traumatismos dentales por parte de padres o tutores es muy importante. Sea cual sea el lugar donde ocurra el accidente, el odontólogo no estará presente para proveer información o brindar auxilio y es necesario un manejo inmediato, oportuno y apropiado desde el momento en que ocurre el accidente hasta la consulta odontológica, ya que depende el éxito de poder reimplantar la pieza o brindar el tratamiento más conservador para el niño.

Es probable que muchas de las personas que acuden a nuestra Clínica Odontológica nunca hayan recibido información sobre el manejo de estas situaciones.

En este punto nace el presente trabajo de investigación que busca identificar el nivel de conocimiento y la actitud de padres o tutores que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños, ya sea para encontrar la relación que existe entre estas variables. Con el fin de dar recomendaciones para próximos trabajos en los cuales se difunda la información necesaria y se complemente la posible falta de conocimiento sobre cómo afrontar los traumatismos dentales en niños.

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

Relación entre nivel de conocimiento y actitud de padres o tutores que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños – Arequipa, 2017.

1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1. Área del conocimiento

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Odontología
- c. Especialidad : Odontopediatría
- d. Línea o tópico : Emergencias en Odontopediatría

1.3.2. Análisis de variables

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Nivel de conocimiento sobre avulsión y/o fractura dentaria	Información previa sobre primeros auxilios dentales.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Muy bueno ✓ Bueno ✓ Regular ✓ Malo ✓ Muy malo
	Experiencias de avulsión y/o fractura dentaria.	
	Conocimiento general sobre avulsión y/o fractura dentaria.	
	Conocimiento del manejo inmediato de avulsión dental.	
	Conocimiento del manejo inmediato de fractura dentaria.	
Actitud frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria	Actitud frente al manejo inmediato de avulsión dental.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Positiva ✓ Indecisa ✓ Negativa

	Actitud frente al manejo inmediato de fractura dentaria.	
--	--	--

1.3.3. Interrogantes básicas

- a. ¿Cuál será el nivel de conocimiento de padres o tutores que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM respecto al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños?
- b. ¿Cuál será la actitud de padres o tutores que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños?
- c. ¿Cuál será la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de padres o tutores que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños?

1.3.4. Taxonomía de la investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de datos	Por el N° de mediciones de las variables	Por el N° de muestras o población	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Prospectivo	Transversal	Comparativo	De campo	Descriptivo	Relacional

1.4. JUSTIFICACIÓN.

Relevancia social: Ninguna persona está libre de tener un accidente o presenciarlo, si este ocasiona trauma dentario en un niño, son los padres o tutores los que deben realizar el auxilio inmediato, por ello la importancia de conocer el procedimiento adecuado.

Originalidad: Se encontraron antecedentes investigativos, sin embargo, no existe registro sobre el conocimiento del tema por parte de padres o tutores que asisten a nuestra Clínica Odontológica.

Utilidad: Primero tendremos que descubrir cuánto conoce la población sobre el tema, para poder llevar a cabo alguna campaña que difunda información importante sobre el manejo de estas situaciones. Además, esta investigación presenta un aporte teórico y práctico ya que, permitirá dar un mensaje claro y sencillo para poder ser aplicado en casos de emergencia.

Viabilidad: Es viable porque hay disponibilidad de literatura especializada, recursos humanos y recursos financieros para poder llevar a cabo este trabajo investigativo.

Interés personal: En muchas ocasiones en las que he podido conversar con personas a cargo de niños, me he dado cuenta que muy pocas han sido informadas sobre prevención, cuidado, o manejo de distintas situaciones que ocurren durante el desarrollo del niño. El manejo adecuado de la avulsión y/o fractura dentaria representa un desafío que requiere de todos los involucrados en el cuidado de la salud del niño, por ello mi interés de mostrar cuán relevante es que un padre o tutor conozca sobre primeros auxilios dentales frente a una emergencia dentaria en el niño.

2. OBJETIVOS

- a. Evaluar el nivel de conocimiento de padres o tutores que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños.
- b. Evaluar la actitud de padres o tutores que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños.
- c. Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de padres o tutores que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. CONCEPTOS BÁSICOS.

3.1.1. Traumatismos dentoalveolares

Las lesiones traumáticas que se observa en niños surgen como resultado de accidentes, caídas, agresión, o impactos cuya fuerza supera la resistencia de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. Según la intensidad del impacto será la gravedad de los daños causados.

Cualquier caso de estos debe considerarse como emergencia y debe ser tratado con rapidez, primero por el auxilio inmediato de la persona afectada y luego por el odontólogo quien brindará tranquilidad a los padres y al niño, luego del interrogatorio y los exámenes pertinentes se decidirá si el niño requiere un tratamiento mediato o inmediato.

3.1.1.1 Etiología

La causa más común de fractura dentaria es el impacto frontal, cortando esmalte y dentina, dependiendo de la dirección del impacto pueden verse las líneas de fractura. El estado de la pulpa, varía según factores, si existió luxación, el estadio de desarrollo de la raíz, el tiempo transcurrido.

Accidentes de este tipo comienzan a ocurrir cuando el niño inicia su locomoción autónoma y a caminar, otras causas serían los accidentes en automóvil, la bicicleta, patines, columpios, muebles en casa.

Mientras se cursa la edad escolar, los accidentes se dan en la escuela, causadas por caídas o colisiones mientras practican juegos y corren, el montar bicicleta también es muy visto en este grupo etéreo. Los traumatismos en adolescentes se deben muchas veces a deportes de contacto.

Según estudios la causa más común son las caídas (26 a 82%) seguidas de lesiones deportivas, y un 25% son debidos a luchas y empujones, principalmente agresiones¹. En un estudio en el Royal Children's Hospital, Melbourne, (1970-1979) se encontró que las caídas originaron el 50,1 % de las injurias entre los niños de 0 - 5 años, mientras que entre los 5 - 10 años causaron el 32,8 % de lesiones, y entre los 10 - 15 años motivaron el 17,1 %².

Existen otras probables causas de trauma dentario, como la epilepsia, o enfermedades que incluyan convulsiones, la amelogénesis imperfecta también predispone a fracturas dentarias.

3.1.1.2 Epidemiología

La frecuencia de las lesiones depende del lugar donde los niños pasen mayor tiempo, las estadísticas mundiales determinan que los infantes son el grupo etéreo de mayor predisposición a los accidentes. Esto ocurre en función del tiempo en el cual el niño inicia su deambulación con movimientos independientes pero aún con falta de estabilidad corporal. Situación que predispone a las caídas con la subsecuente lesión traumática bucofacial.

Otra etapa de riesgo ocurre entre los 8 y 12 años, debido a la práctica de deportes en general y en especial los de contacto, siendo los incisivos centrales los más afectados; situación que se agrava cuando los niños presentan maloclusión clase II o cuando existen antecedentes de hábitos como succión digital. Sobre la dentición primaria los accidentes tienden a producirse en casa, por otro lado las lesiones en dentición permanente se dan fuera del hogar.

Para niños grandes, los varones son quienes experimentan más traumatismos a causa de su mayor agresividad en los juegos. En niños pequeños no hay

¹ Stephen Cohen, Louis H. Berman, Lucía Blanco (2008). Manual Clínico de Traumatología Dental.

² Quintana C. (2007) Manejo inmediato de la avulsión y fractura dentaria en niños: Información, actitud y experiencia previa de padres y profesores.

diferencia por género. El grupo etáreo en el cuál son más frecuentes los traumatismos es entre los 8 y 12 años³.

Estudios demuestran que el incisivo central superior es quien sufre traumatismo con mayor frecuencia, seguido del lateral superior.

Las fracturas coronarias afectan el 64 % de la dentición permanente, La prevalencia de traumatismos dentarios en niños oscila entre el 4,2 % y el 36 %, siendo la frecuencia de la avulsión de 1 - 16 % en la dentición permanente.

El grupo donde ocurre con más frecuencia la avulsión oscila entre los 7 - 11 años y los niños sufren avulsión con una frecuencia tres veces mayor que las niñas².

3.1.1.3 Evaluación del paciente

En la consulta odontológica primero se debe tomar el control de la situación y saber comprender al niño, luego de recuperar la calma, la exploración clínica y exámenes radiográficos permitirán deslindar el tratamiento.

En caso de atender al niño de inmediato, podemos recurrir a la sedación consciente con midazolam vía oral o en casos graves a la anestesia general. Si por el contrario no es de urgencia nuestra atención, podemos indicar medicación antibiótica y/o antiinflamatoria, dando cita unos días después⁵.

Es muy importante realizar una correcta historia clínica donde se indique donde, cuando y como se produjo el traumatismo. En el examen clínico debe observarse tejidos blandos y duros extra orales e intra orales. También realizar pruebas de vitalidad pulpar (en dientes permanentes) aunque en un principio pueden dar falsos. Para complementar la información se debe tomarradiografías periapicales de diversos ángulos así como radiografías

³ García-Ballesta C, Pérez-LajarínL. , Castejón-Navas I. (2003).Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales.

oclusales, para determinar la extensión de la lesión y brindar el tratamiento adecuado.

Luego de obtener el diagnóstico definitivo, se establece el tratamiento inmediato o mediato, según el caso. Es muy importante realizar controles periódicos clínicos y radiográficos.

3.1.1.4 Factores predisponentes

La maloclusión puede predisponer a lesiones, por ejemplo un resalte pronunciado de los incisivos superiores (más de 3mm) predispone a que estos dientes puedan sufrir traumatismo, ya que no cuentan con recubrimiento adecuado dado por el labio superior. Presentar Clase II, resalte de 3 - 6 mm: duplica la frecuencia de traumatismos en los incisivos en comparación con un resalte de 0 - 3 mm. Otros autores concluyen que la frecuencia de lesiones se duplica cuando la protrusión varía de 2 – 4 mm. Si el niño cuenta con un resalte > 6 mm se triplica el riesgo.

La situación socioeconómica también puede influir, debido a la supervisión inadecuada, mayor frecuencia de agresiones, o falta de formación del paciente en lo que refiere a prevención.

El uso de aparatos ortodónticos predispone lesiones en tejidos blandos al producirse un traumatismo.

Enfermedades sistémicas que comprendan convulsiones predisponen a que la persona sufra caídas, por lo que podría sufrir daños en la dentición.

3.1.1.5 Clasificación de los traumatismos dentoalveolares

Según la clasificación de Andreasen⁴, existen:

Lesiones de los tejidos duros dentarios, comprende:

- Infracción del esmalte, fractura incompleta sin pérdida de esmalte dental.

⁴ Andreasen J y colaboradores. Texto y Atlas a Color de Lesiones Traumáticas a las Estructuras Dentales (2009). 4ta Edición.

- Fractura coronaria no complicada, se limita a esmalte o a esmalte y dentina, pero no a la pulpa.
- Fractura coronaria complicada, afecta a esmalte, dentina y pulpa.
- Fractura corona-raíz no complicada, afecta a esmalte, dentina y cemento.
- Fractura corona-raíz complicada, afecta a esmalte, dentina, cemento y pulpa.
- Fractura radicular, afecta a dentina, cemento y pulpa.

Lesiones de los tejidos periodontales, comprende:

- Concusión, lesión mínima del periodonto, sin movilidad ni desplazamiento, pero con dolor a la percusión.
- Subluxación, lesión del periodonto, con movilidad, pero sin desplazamiento, ocasionalmente se presentan problemas pulpares.
- Luxación intrusiva, el diente es desplazado apicalmente, con la compresión y empaquetamiento neurovascular de la pulpa, con daño severo al cemento y periodonto.
- Luxación extrusiva, involucra el soporte periodontal y el suministro de sangre a la pulpa.
- Luxación lateral, el diente es desplazado de su eje longitudinal, generalmente con el ápice desplazado hacia vestibular y la corona hacia palatino.
- Avulsión, el diente es desplazado fuera del alveólo.

3.1.2 Atención inmediata para dientes traumatizados

El tratamiento ideal de la fractura dentaria es la adhesión del fragmento dentario y el tratamiento de la avulsión dental es el reimplante inmediato; de no ser esto posible, hay que evitar la desecación del ligamento periodontal y del fragmento fracturado, transportando el diente avulsionado y los fragmentos dentarios en un medio fisiológico adecuado; pero tanto el período extraoral y el medio de

almacenamiento y transporte son factores que están a cargo de personas inexpertas⁵.

3.1.2.1. Protocolo de atención para dientes fracturados

Lo recomendable es recoger los fragmentos del diente fracturado, para ser transportados en un frasco lleno de agua y así poder buscar servicio odontológico inmediato. Los fragmentos que sean transportados adecuadamente pueden reposicionarse, con el objetivo de lograr una restauración más conservadora⁶.

3.1.2.2. Medio de almacenamiento y transporte para dientes fracturados

En estos casos los fragmentos deben almacenarse y transportarse en un frasco con agua o con suero fisiológico para evitar su desecación¹. De no encontrar estos líquidos otras opciones son saliva o leche⁶.

3.1.2.3. Protocolo de atención para dientes avulsionados

Situación en la que el diente sale completo de su alveolo por un impacto traumático. Es la más grave entre los demás traumatismos.

Lo recomendable es reimplantar el diente en su alveolo mientras antes posible mejor, si a la persona que dará auxilio le resulta poco práctico, lo debe conservar en un medio de transporte adecuado, pudiendo ser la Solución Salina Tamponada de Hank (el más recomendado), leche, o suero fisiológico, de no disponer de ninguno de ellos, se debe colocar el diente en el vestíbulo bucal del afectado⁶.

⁵ Wagner Marcenes, Jefferson Traebert, O. N. Alessi (2000) Causes and prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors of school children aged 12 years in Jaragua do Sul, Brazil.

⁶ International Association Dental Traumatology-Dental (2012). Management of dental trauma in children.

3.1.2.4. Medio de almacenamiento y transporte para dientes avulsionados

Ya que la mayoría de personas no se encuentra capaz de reposicionar el diente en boca. Es de vital importancia el medio de conservación que sea utilizado hasta recibir el tratamiento en la consulta odontológica.

El diente no debe deshidratarse, para que las células del ligamento periodontal no se dissequen⁷. También debe considerarse la osmolaridad y el pH. Las soluciones recomendadas son:

- a) Solución Salina balanceada de Hank, es un fluido utilizado para preservar órganos que serán trasplantados. Desafortunadamente es una sustancia difícil de conseguir y de alto costo.
- b) Suero fisiológico, es un medio estéril, pero de corto plazo, algunos estudios reportan que las células de los fibroblastos almacenados en suero o leche, resultan destruidos luego de tres horas.
- c) Leche, su pH entre 6 y 7 la convierte en un medio ideal, y su facilidad para ser conseguida, además carece de bacterias por su pasteurización.
- d) Saliva, el no ser estéril y contener bacterias la vuelve la menos idónea, además que su periodo extraoral debe ser máximo dos horas ⁶.

3.1.3 Periodo extra oral

Este es el factor más influyente en el pronóstico de la pieza avulsionada, mientras más nos tardemos en reimplantar el diente, las posibilidades de reabsorción radicular serán mayores, siendo menos favorable el pronóstico.

⁷ Cárdenas D. (2009) Odontología Pediátrica. 4ta edición.

Una vez ocurrido el trauma y un diente sufre avulsión, el diente debe ser reimplantado en los primeros 5 minutos, para así permitir que el ligamento periodontal regenere y pueda realizar su función con normalidad. Para que esto suceda la persona debe estar correctamente instruida y sobretodo tener el valor para hacerlo.

Andreasen publicó resultados de 110 dientes reimplantados, y controló durante más de 2 años, y obtuvo que⁸:

- a) De los dientes reimplantados en los 30 primeros minutos, el 90% no mostró señales de reabsorción radicular.
- b) El 95% de los dientes reimplantados tras las 2 horas siguientes, si tuvo señales de reabsorción radicular.

Ha quedado demostrado que después de 30 minutos estando en un medio seco, las células del ligamento periodontal quedan muertas. Sin embargo, si el diente es almacenado en un medio adecuado, sí se puede mantener las células con vida permitiendo su reparación.

3.1.4 Necesidades de tratamiento

Para que el tratamiento sea exitoso, es necesario que sea realizado por distintos especialistas de la salud odontológica, ya que una vez reimplantado el diente es probable que se necesite un tratamiento de conducto.

Estudios han demostrado que las necesidades de tratamiento no son cumplidas de manera apropiada.

La negligencia en el tratamiento de lesiones dentales por trauma también influye y la poca capacitación de odontólogos en el tema, la posible causa es

⁸ Barbería E, Boj JR, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A. (2002) Odontopediatría 2da edición.

que los centros de estudio se enfocan en otras condiciones de salud bucal, y no dan la debida importancia a estos temas.

Se debe diferenciar las posibilidades de éxito para dientes maduros y no maduros, es decir con ápice cerrado o abierto. Si el tiempo ha sido mayor a una hora las probabilidades de éxito y curación periodontal no son tan aceptables.

Si el tiempo entre el accidente y la llegada a la consulta es mayor de 60 minutos, y el diente no fue transportado en un medio adecuado, la pieza debe pasar por otros tratamientos y limpieza para poder ser reimplantado.

El tratamiento para estas piezas que fueron avulsionadas es endodóntico, y debe realizarse en consultas posteriores.

3.1.5 Examen y diagnóstico de dientes permanentes traumatizados⁹

3.1.5.1 La historia clínica del paciente

Se debe lograr la información pertinente del paciente con el cuándo, dónde y cómo sucedió la lesión por parte del paciente o la persona que lo tiene al cuidado. Es importante registrar la hora del accidente y la fecha del tratamiento ya que esto puede afectar el pronóstico.

Si ha habido pérdida de conciencia, será necesario realizar un examen neurológico previo al tratamiento dental.

Si el paciente no tiene la capacidad de masticar, es probable que exista fracturas óseas, la cual a menudo está asociada con una maloclusión, mas no con la malposición de un diente en forma individual.

⁹Tsukiboshi M. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 2002.

3.1.5.2 Examen clínico

Involucra la inspección, palpación, pruebas térmicas y eléctricas de vitalidad pulpar. Ante todo, se debe inspeccionar que no exista laceración de tejidos blandos y algún tipo de hemorragia, de existir, limpiar el área y examinar.

Registrar las fracturas dentarias, malposiciones, dientes ausentes y presencia de exposición de la pulpa. Registre la presencia de pérdida de coloración dentaria, y movilidad que es un indicador del grado de luxación.

Los dientes permanentes y su respuesta pulpar son importantes para la detección de necrosis pulpar.

3.1.5.3 Examen radiográfico

Es esencial para detectar y confirmar fractura dentaria y ósea. Se necesitan radiografías para diagnosticar fractura radicular, reconocer una subluxación, luxación extrusiva, confirmar una intrusión dentaria y fractura del hueso alveolar.

Algunas veces se necesita tomar radiografías de distintos ángulos dependiendo del tipo de malposición. La fractura radicular puede ser confirmada por radiografías después de pocos meses.

El plan de tratamiento para la pulpa de dientes que sufrieron trauma es afectado por el grado de complejidad de la formación radicular. Durante la observación postoperatoria, la obliteración de la cavidad pulpar y la existencia de reabsorción radicular deben ser observadas cuidadosamente.

3.1.5.4 Casos específicos

- a) Fractura de esmalte, coronaria sin y con complicación, coronaria combinada con luxación: Es importante determinar la extensión de la fractura, aún cuando sea sólo de esmalte y dentina, disponibilidad del fragmento roto, si existe exposición pulpar y presencia de necrosis pulpar.

Detectar mediante palpación lesiones de tejido blando o hueso y realizar examen radiográfico y prueba eléctrica de vitalidad pulpar.

- b) Fractura Coronoradicular: La característica general es que la línea de fractura es observada en la corona y fragmento permanece en su lugar a pesar del desplazamiento dentario. Es de importancia, reconocer la extensión de la fractura y la existencia de exposición pulpar y sangramiento (el grado y si proviene del periodonto o de la pulpa).
- c) Fracturas Radiculares: Se requiere prudencia al examinar y diagnosticar, a veces durante el examen inicial la obvia malposición dentaria o líneas de fractura no son detectadas por inspección o radiografía. Así mismo, varía la dirección de la línea de fractura mesiodistal y bucolingualmente. Por ello se debe tomar radiografías con diferentes angulaciones.
- d) Avulsión: Un diente avulsionado puede, por lo general ser retenido por reimplante, el pronóstico depende de la duración extra-alveolar, la condición del diente avulsionado, la edad del paciente y el desarrollo de la raíz.

La membrana periodontal es separada, la mitad está adherida a la raíz y la otra mitad al alveólo. La vitalidad de la membrana periodontal es de vital importancia para el éxito del reimplante dentario. Expuesta al aire, el ligamento periodontal se seca y torna necrótica; después de haber pasado 30 minutos de exposición las posibilidades de intervención se reducen drásticamente.

El tratamiento endodóntico en un diente no maduro debe retardarse ya que la pulpa puede revascularizarse después del reimplante. Así mismo, debe reconocerse que el reimplante de un diente con pulpa necrótica causa reabsorción radicular inflamatoria, de allí que la observación postoperatoria cuidadosa es realmente necesaria. En caso de reimplante retardado, la diferencia definitiva de los resultados depende de la edad del paciente. En niños por lo general no es exitoso a largo plazo, siendo muy importante discutir todas las opciones con los padres del niño.

3.1.6 Tratamiento para dientes permanentes traumatizados

- a) Infracción de esmalte: Aplicación tópica de barniz fluorado¹⁰.
- b) Fractura de esmalte: Pulido de bordes afilados, para defectos más extensos restaure con resina¹¹.
- c) Fractura de esmalte y dentina: Proteja el órgano dentinopulpar con hidróxido de calcio, y coloque un material sellador como ionómero de vidrio o resina compuesta. En caso tenga el fragmento dentario conservado en suero fisiológico, proceda con la reconstrucción.
- d) Fractura coronaria con compromiso pulpar: Si el tiempo es menor a 30 minutos ocurrido el traumatismo, se puede realizar un recubrimiento pulpar directo y cierre hermético¹¹. Para una exposición más grande o que haya pasado las 24 horas realizar una pulpotomía parcial. Si existen signos de muerte pulpar realizar pulpectomía. Cuando se logre la apexogénesis se realizará endodoncia convencional y la restauración definitiva. Realizar controles a los dos meses¹⁰.
- e) Fractura no complicada coronoradicular: Debe intentarse adherir el fragmento dentario como en las fracturas coronarias, realizando un recubrimiento pulpar, sino restaure con resina compuesta, o utilice una corona preformada¹¹.
- f) Fractura complicada coronoradicular: Previo tratamiento pulpar, se puede adaptar una corona metálica preformada, si el cierre apical aún no está presente usar hidróxido de calcio como relleno.

¹⁰Malagón O., Malagón G. Urgencias Odontológicas.2013.

¹¹ Moya Z. Odontopediatría Clínica Basada en Evidencias, 2017.

- g) Fractura radicular: Se busca la curación del órgano dentinopulpar y del ligamento periodontal. Si el fragmento se desplazó reubicarlo adecuadamente. Se fija e inmoviliza durante tres meses. Por lo general se hace con tutor de alambre y resina compuesta, o sólo resina. Remueva la férula si la pulpa responde en forma normal y hallazgos radiográficos son favorables. Deben realizarse controles al mes, 3 meses, 6 meses y 1 año⁹.
- h) Avulsión¹⁰: Debe lavarse con suero fisiológico, retirar el coágulo del alveólo mediante un chorro de suero o mediante succión. Para dientes severamente contaminados utilice el scaler ultrasónico para desbridar la superficie radicular mientras se irriga con solución salina (30 segundos). Colocar el diente en el alveólo hasta $\frac{3}{4}$ y aplicar presión digital por incisal para reubicarlo. Por último, la ferulización debe ser pasiva, atraumática, flexible, permitir pruebas de vitalidad y acceso para endodoncia, fácil de aplicar y retirar. La férula se mantiene colocada 7 días (máximo 10). El material de elección es la resina compuesta, en caso de no contar con dientes adyacentes puede utilizarse arco de alambre flexible de ortodoncia.

Se debe realizar examen radiográfico luego del reimplante y la fijación. Y se recomienda usar dosis habituales de antibiótico durante los 7 días

También debe considerarse la profilaxis del tétano si el paciente no estuviera inmunizado. A los siete días debe regresar a control.

Si el diente presenta foramen apical amplio (mayor de 1mm) y fue conservado de manera adecuada se puede esperar la revascularización pulpar. De lo contrario debe realizarse el tratamiento endodóntico con hidróxido de calcio, la obturación definitiva se realiza pasados 6 meses en dientes con raíz completa, y un año después en piezas con formación incompleta, realizando controles durante este tiempo.

3.1.7 Examen y diagnóstico y tratamiento de dientes deciduos traumatizados

Cuando un trauma afecta a la dentición primaria, debe tomarse en cuenta además los dientes subyacentes en desarrollo. Debe hacerse todo lo posible

para proteger los gérmenes dentarios en desarrollo y, así, preparar el plan de tratamiento.

El examen y diagnóstico dental de los niños puede ser muy complejo, debido a que es difícil lograr radiografías nítidas, se necesitará la ayuda de un asistente y reducir el tiempo de radiación de la mitad a dos tercios de la dosis para adultos⁹.

3.1.7.1 Plan de tratamiento

Es por lo general diferente a los dientes permanentes. Debido a: el mecanismo de cicatrización de la pulpa y los tejidos periodontales en los dientes primarios es diferente a los dientes permanentes, a veces, la extracción tiene la prioridad de limitar daños a los permanentes sucesores y el tratamiento puede ser imposible debido a la poca colaboración. La ausencia de entendimiento del mecanismo de cicatrización único de los dientes primarios puede traer como resultado realizar tratamientos o extracciones no necesarias.

Ocasionalmente los padres se quejan del cambio de coloración de los dientes primarios de sus niños o pasa inadvertido. Este puede ser causado por daños ligeros como concusión y subluxación. Generalmente el cambio de color ocurre dos meses después del trauma.

Lo mejor es observar el diente, antes que nada, sin tratamiento. En muchos casos el cambio de color se reduce a medida que ocurre la obliteración pulpar (6 meses después de haber observado el cambio por primera vez). La obliteración pulpar también puede ser observada sin reducción en la coloración del diente. Debido a que la obliteración pulpar implica cicatrización de la pulpa, el tratamiento no es necesario. Si el cambio de color continúa sin obliteración existe la posibilidad de necrosis pulpar. Si hay un absceso gingival o síntomas subjetivos se debe indicar el tratamiento endodóntico o la extracción.

- a) Fractura coronaria sin exposición pulpar: Desgaste en forma selectiva de los bordes filosos sin realizar tratamiento restaurador. Si hubiera dolor al frío, utilice ionómero de vidrio como protector pulpar en la superficie

fracturada. Si el paciente coopera y se desea un tratamiento restaurador utilice resina compuesta.

- b) Fractura coronaria y fractura corono radicular con exposición pulpa: Si existe exposición pulpar, se debe extirpar la pulpa y realizar tratamiento de conducto.
- c) Fractura radicular: El tratamiento no es necesario si no presenta infección. Si hay rápida reabsorción en la zona de fractura remueva sólo la porción coronal o realice el tratamiento endodóntico del área coronal si se sospecha de necrosis pulpar coronal. Evite remover el segmento apical fracturado se reabsorberá naturalmente.
- d) Concusión y subluxación: De no observar malposición dental ni sangrado después del trauma, el diagnóstico será este. Es posible notar cambio de coloración coronal u obliteración pulpar. Informe a los padres de estas posibilidades y enfatice la necesidad de observación y exámenes periódicos.
- e) Luxación extrusiva, lateral e intrusiva: Reposicione los dientes y suture la encía, ferulice y permita la cicatrización natural. El objetivo es evitar que futuras fuerzas traumáticas afecten a los gérmenes de los permanentes.
- f) Avulsión: Dientes cuyas raíces han iniciado su reabsorción inicial no están indicados para reimplante. El reimplante tiene muy poca importancia por la rápida reabsorción o infección después del trauma (o reimplante). De cualquier forma se causan complicaciones funcionales y estéticas. De realizarlo, no debe esperarse la cicatrización pulpar ni de la membrana periodontal y se debe considerar el riesgo de dañar el germen permanente⁹.

3.1.8 Prevención de lesiones causadas por trauma dentario

Las lesiones traumáticas son difíciles de predecir. La mayor defensa es actuar con sano juicio y la prevención. El uso de cascos, cinturones de seguridad, protectores bucales para deportistas, tienen gran impacto en la disminución de la gravedad de lesiones dentarias. Ejemplo, se ha demostrado que usar casco mientras se maneja bicicleta reduce la incidencia de traumatismos faciales en más del 60%².

3.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

3.2.1 Antecedentes Locales

- a. TÍTULO: “Nivel de conocimiento y actitud frente al manejo inmediato de avulsión y fracturas dentarias en docentes del nivel primario de centros educativos estatales del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, Arequipa- 2015”.

AUTOR: Faride Charaja Vargas.

RESUMEN: El propósito de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento, sobre la experiencia previa en trauma dentario y la actitud de los profesores frente a los traumas de avulsión y fractura dentaria en niños, se elaboró un cuestionario de 18 preguntas; 10 de índole cognitivo sobre el tema, y 8 sobre toma de decisiones frente a un supuesto caso de avulsión y fractura dental. Dicho cuestionario fue respondido por 95 profesores de educación primaria que laboran en centros educativos del distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

Posteriormente se analizaron las respuestas y se halló que un 33.7% de los docentes encuestados tienen un nivel de conocimiento malo, un 53.7% presenta un nivel de conocimiento regular y sólo un 12.6% es bueno. Esto se vio reflejado también en la actitud que el docente tiene frente a uno de

estos casos, un 63.2% no tiene una adecuada forma de actuar frente a una fractura o avulsión dental, y un 36.8% toma una actitud correcta. En base a esto y al análisis estadístico se concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de los docentes ante un accidente de este tipo.

Las campañas educativas son necesarias para mejorar los primeros auxilios dentales y para incrementar el conocimiento de personas inexpertas en este tipo de accidentes.

3.2.2 Antecedentes Nacionales

- a. TÍTULO: “Manejo inmediato de la avulsión y fractura dentaria en niños: información, actitud y experiencia previa de los padres y profesores. Tesis para optar el grado de Magister en Estomatología, UNMSM-2007”.

AUTOR: Carmen Quintana del Solar

RESUMEN: El estudio determinó el nivel de información, la experiencia previa en trauma dentario y la actitud de los padres y profesores frente a los traumas de avulsión y fractura dentaria en niños, para eso aplicó un cuestionario a 372 profesores y 400 padres del área central de Lima Metropolitana. Los resultados revelaron que el nivel de información de los profesores es bueno en el 4.3%; un 64% de profesores tuvieron un nivel regular de información y el 31.7% tuvo un nivel de información malo; asimismo un 44.1% de los profesores manifestó tener una actitud indecisa y es adecuada en un 46,1% de los profesores.

También determinó que el 71.8% de los profesores nunca ha recibido información sobre el tema por medio de ninguna fuente de información. Sólo el 5.4% de los profesores que fueron informados por el dentista presentaron un nivel de conocimiento regular. El 4,8% que tuvieron como medio de información los cursos de primeros auxilios tuvieron un nivel de

conocimiento regular, del mismo modo determinó que sólo el 1,1 % de los que fueron informados por el dentista tuvieron una actitud adecuada.

El 5,9 % que habían recibido cursos de primeros auxilios tuvieron una actitud indecisa. Finalmente se relacionó la actitud con el nivel de conocimiento donde se halló que el 54.6 % de los profesores tuvo regular nivel de información y una actitud indecisa. El 1,6 % de los profesores tuvo un buen nivel de información y mostraron una actitud adecuada frente al trauma dental. El estudio concluyó indicando que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de información y la actitud de los padres y profesores frente al trauma de avulsión-fractura dentaria en niños.

3.2.3 Antecedentes Internacionales

- a. TÍTULO: Valoración de la actitud y conocimientos de los padres ante un supuesto traumatismo dentario infantil, Madrid (España), 2010.

AUTORES: Agustín Sánchez Mateos, Carlos Valero Sánchez, Elena León Bañuelos, Nuria Gallardo López.

RESUMEN: Estudios epidemiológicos revelan que uno de cada cinco niños sufre algún tipo de traumatismo dentario durante la edad escolar; muchos de los accidentes ocurren en casa y en el colegio. Los padres, tutores, profesores y demás responsables juegan un papel crucial en el pronóstico de una urgencia de estas características, ya que éste depende del temprano y apropiado tratamiento. Una actuación lenta o inadecuada puede tener consecuencias graves para el diente o dientes afectados. Los diferentes estudios desarrollados acerca del grado de educación de los responsables de los el manejo de esta situación, así como la necesidad de realizar campañas informativas sobre el tema. El objetivo de este estudio fue valorar los conocimientos del modo de actuación frente a un supuesto traumatismo, de los padres de diversos niños que fueron atendidos en la

Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. Para ello, se repartieron un total de 84 encuestas con respuesta múltiple. Los resultados revelaron un pobre conocimiento del manejo del traumatismo dentario por parte de los padres. La mayoría de los padres nunca habían sido informados sobre el tema (91,67 %) y actuarían de una forma incorrecta si su hijo sufriera un accidente de este tipo.

A partir de este estudio se puede concluir la necesidad de establecer medios de difusión para transmitir el conocimiento que ayudarían a los padres a reaccionar de una forma correcta ante un traumatismo dental.

- b. TÍTULO: “Efecto de una sola educación para la salud dental en el tratamiento de los dientes permanentes avulsionados por diferentes grupos de profesionales”.

AUTORES: Maria de Lourdes Vieira Frujeri, Edson Dias Costa

RESUMEN: El estudio se llevó a cabo en cinco diferentes grupos de profesionales (profesores de escuela primaria, profesores de la educación física, empleados de banco, dentistas y médicos peditras) de la ciudad de Brasilia, Brasil. Los profesionales asistieron a una conferencia y fueron evaluadas por un cuestionario aplicado dos veces, antes y después de la conferencia.

Los resultados de los 479 cuestionarios devueltos fueron analizados. No hubo variación estadísticamente significativa en el desempeño de los grupos profesionales después que se proporcionó información ($P < 0,0001$). Sólo el 16% de los profesores de escuelas primarias tuvieron un nivel de conocimiento adecuado antes de la conferencia, después de esta, un 99% refirió tener conocimiento acerca de traumatismos dentales.

El estudio concluyó indicando que la educación es muy importante para favorecer el conocimiento sobre laprevención y manejo de emergencias de avulsión dental y pueda mejorar el pronóstico de esta.

4 HIPÓTESIS

Dado que, el manejo inmediato adecuado de una avulsión y/o fractura dentaria implica tener conocimientos sobre cómo proceder, y en nuestra población existe poca difusión de información sobre estos temas.

Es probable que, los padres o tutores que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM estén poco capacitados y su actitud sea inadecuada frente a casos de avulsión y/o fractura dentaria en niños.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA.

Con el fin de obtener los datos necesarios y extraer información relevante se procederá de la siguiente manera para la recolección de datos:

Previa autorización del Director de Clínica, la investigadora en la sala de espera explicará la razón y el tema del que trata el cuestionario, el tiempo estimado para su resolución son 5 minutos. Luego repartirá los cuestionarios a los padres o tutores que quieran colaborar voluntariamente con el trabajo de investigación, además se les indicará que el llenado es de manera anónima, finalizado el procedimiento, se recogerán los cuestionarios para su respectiva calificación. Una vez recolectadas las encuestas, las respuestas serán evaluadas manualmente y los datos obtenidos pasarán a ser procesados en el programa Microsoft Excel para ser analizados y posteriormente presentados.

1.2. INSTRUMENTO.

Para la recolección de datos se elaboró un Cuestionario, tomando como referencia los cuestionarios utilizados en investigaciones similares. Este consta de 23 preguntas, divididas en tres partes:

- 1.2.1. **Primera parte:** Consta de **Datos Generales**, donde se incluye datos sobre género, grupo étnico y tenencia de hijos.
- 1.2.2. **Segunda parte: Conocimientos**, consta de 15 preguntas de opción múltiple donde a cada pregunta se le designa un puntaje distinto según la respuesta se acerque o aleje de lo correcto. De esta manera, si el encuestado marcó en la pregunta:

1. (a) *obtiene 1 punto, (b) obtiene 0 puntos.*

2. (a) o (b) obtiene 2 puntos, (c) (d) (e) obtiene 1 punto.
3. (a) obtiene 1 punto, (b) obtiene 0 puntos.
4. (a) obtiene 1 punto.
5. (b) obtiene 1 punto.
6. (a) obtiene 1 punto.
7. (a) obtiene 2 puntos, (b) obtiene 1 punto.
8. (a) obtiene 1 punto.
9. (b) obtiene 3 puntos, (c) obtiene 2 puntos, (a) obtiene 1 punto.
10. (c) obtiene 2 puntos, (a) o (b) obtiene 1 punto.
11. (c) obtiene 3 puntos, (b) obtiene 2 puntos, (a) obtiene 1 punto.
12. (b) obtiene 1 punto.
13. (a) obtiene 2 puntos, (c) obtiene 1 punto.
14. (c) o (d) obtiene 2 puntos, (a) obtiene 1 punto.
15. (d) obtiene 2 puntos, (c) obtiene 1 punto.

Finalmente, para obtener el **Nivel de Conocimientos** se efectúa la sumatoria de los puntos obtenidos en las 15 interrogantes y de acuerdo a la categorización propuesta se agrupan en cinco categorías:

- ✓ *Muy bueno* : 21 – 25 puntos
- ✓ *Bueno* : 16 – 20 puntos
- ✓ *Regular* : 11 – 15 puntos
- ✓ *Malo* : 6 – 10 puntos
- ✓ *Muy malo* : 0 – 5 puntos

- 1.2.3. **Tercera parte: Actitud**, plantea dos casos hipotéticos, el primero referente a avulsión dentaria y el segundo referente a fractura dentaria. Cada caso consta de 4 enunciados con cinco alternativas de respuesta medidos en una escala actitudinal, por lo tanto, si el encuestado responde:

Síobtiene..... 5 puntos
Tal vez síobtiene..... 4 puntos
Dudo.....obtiene..... 3 puntos

Tal vez noobtiene..... 2 puntos

No.....obtiene..... 1 punto

Para determinar cómo es la **Actitud** se efectúa la sumatoria de los puntos obtenidos en los 8 enunciados y de acuerdo a la categorización propuesta se agrupan en tres categorías:

- ✓ *Actitud positiva* : 30 – 40 puntos
- ✓ *Actitud indiferente* : 19 – 29 puntos
- ✓ *Actitud negativa* : 8 – 18 puntos

GRÁFICO DE VARIABLES Y TÉCNICAS			
VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	SUBINDICADORES
Nivel de conocimiento sobre avulsión y/o fractura dentaria	Información previa sobre primeros auxilios dentales.	15 preguntas de opción múltiple, medidos con una escala de elaboración propia.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Muy bueno (21-25 pts) ✓ Bueno (16-20 pts) ✓ Regular (11-15 pts) ✓ Malo (6-10 pts) ✓ Muy malo (0-5 pts)
	Experiencias de avulsión y/o fractura dentaria.		
	Conocimiento general sobre avulsión y/o fractura dentaria.		
	Conocimiento del manejo inmediato de avulsión dental.		
	Conocimiento del manejo inmediato de fractura dentaria.		
Actitud frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria	Actitud frente al manejo inmediato de avulsión dental	8 enunciados que serán medidos con escala actitudinal de Likert.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Positiva (30-40 pts) ✓ Indiferente (19-29 pts) ✓ Negativa (8-18 pts)

	Actitud frente al manejo inmediato de fractura dentaria		
--	---	--	--

1.3. MATERIALES.

Los materiales utilizados son de escritorio:

- Impresora
- Hojas de papel bond
- Lapiceros
- Folder
- Laptop

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL.

2.1.1. **Ámbito general**

La investigación será realizada en las instalaciones de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa – Perú.

2.1.2. **Ámbito específico**

La recolección de datos se hará en la sala de espera de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL.

La investigación se realizará durante el mes de diciembre del año 2017, por ser de diseño transversal las variables serán estudiadas sólo en un determinado periodo.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO.

Las unidades de estudio corresponden a los adultos que acudan a la Clínica Odontológica de la UCSM acompañando a un niño.

a. Criterios de inclusión:

Padres o tutores que voluntariamente acepten ser parte del estudio.
Personas que sean mayores de 20 años.

b. Criterios de exclusión:

Padres o tutores que no deseen ser parte del estudio.
Personas que sean menores de 20 años.

Tamaño muestra: Se utilizó muestreo aleatorio por conveniencia, comparando resultados entre género masculino y femenino, por lo cual se estudiará 30 por grupo, haciendo un total de 60 personas para la muestra.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

3.1. ORGANIZACIÓN.

Antes de poder aplicar el instrumento se coordinará acciones previas como:

- ✓ Obtención de la autorización del director de la Clínica Odontológica de la UCSM para realizar la encuesta en las instalaciones de esta.
- ✓ Determinar la muestra y población a estudiar.
- ✓ Elaboración del instrumento adecuado para medir las variables e indicadores del estudio.

3.2. RECURSOS.

3.2.1. Recursos humanos

Investigadora : Daniela Inés Vilca Zegarra

Asesor : Dr. Carlos Javier Díaz Andrade

3.2.2. Recursos físicos

Representado por la infraestructura de la Clínica Odontológica de la UCSM.
Biblioteca de la UCSM.

3.2.3. Recursos económicos

El presupuesto para la recolección de datos y demás acciones investigativas fueron plenamente asumidos por el investigador.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. A NIVEL DE SISTEMATIZACIÓN

4.1.1. Tipo de procesamiento

Los datos fueron procesados de manera manual y computarizada.

4.1.2. Codificación

Una vez obtenida la muestra, los datos fueron codificados por dígitos, y luego medidos en las escalas elaboradas.

4.1.3. Análisis

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo según los tipos de variables del estudio, las variables son categóricas por lo que su análisis se hizo a través de estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes).

Para lo que es la búsqueda de relación, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

4.1.4. Presentación

Los resultados fueron presentados mediante cuadros y gráficos, cada uno con su debida interpretación.

4.2. A NIVEL DE ESTUDIO DE DATOS

4.2.1. Metodología de la interpretación

Los cuadros fueron interpretados jerarquizando las frecuencias porcentuales, comparándolas entre sí y observándolas críticamente.

4.2.2. Modalidades interpretativas

Seguido de cada cuadro y gráfico, estará su interpretación y una discusión global.

4.2.3. Operaciones para la interpretación de los cuadros

Los datos serán comparados entre sí para poder realizar un análisis, se optará por la síntesis y deducción.

4.3. A NIVEL DE CONCLUSIONES

Fueron formuladas en respuesta a los objetivos y a la hipótesis.

4.4. A NIVEL DE RECOMENDACIONES

Se redactaron sugerencias para mejorar el nivel de conocimiento sobre temas de avulsión y/o fractura dentaria.





CAPÍTULO III RESULTADOS

CUADRO 1.
INFORMACIÓN PREVIA SOBRE PRIMEROS AUXILIOS DENTALES

	Frecuencia(N°)	Porcentaje(%)
NO	44	73.3
SI	16	26.7
Dentista	10	62.5
TV, afiches revistas o amistades	6	37.5

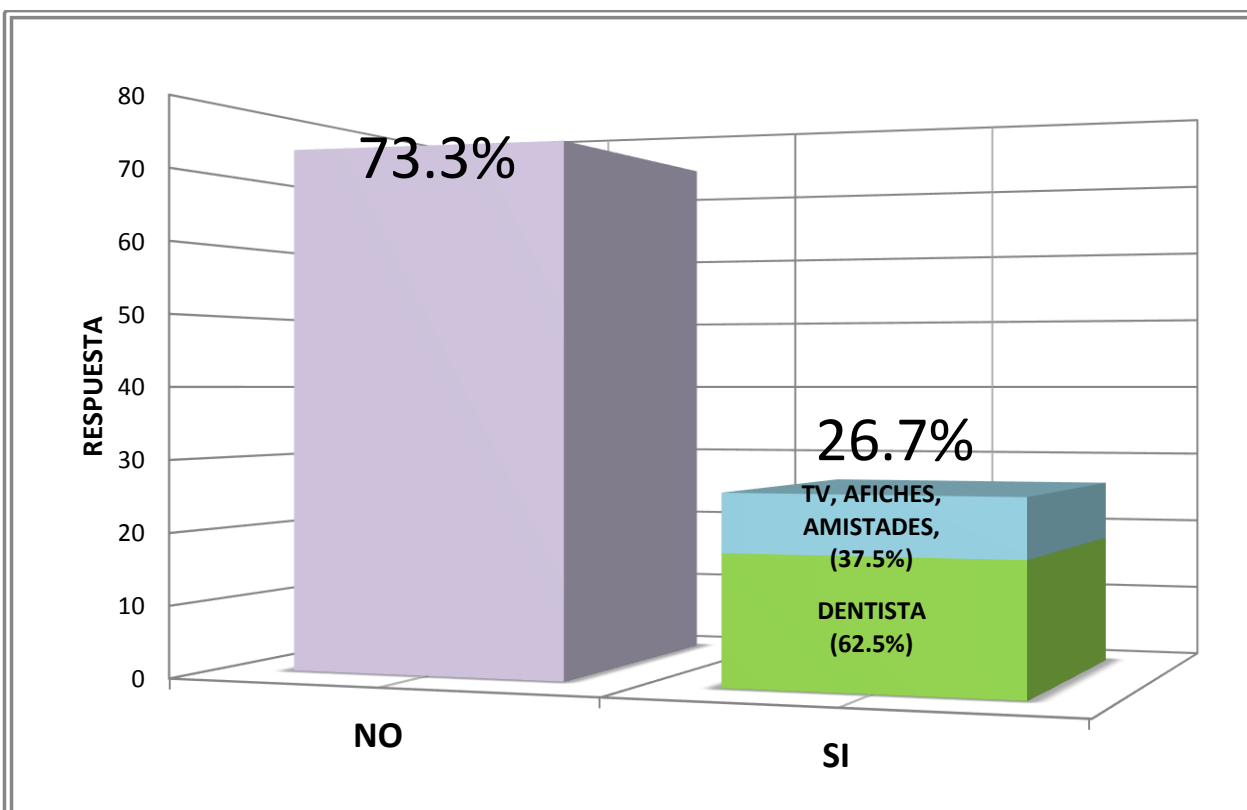
Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

Los resultados nos muestran que el 73.3% de los entrevistados nunca recibió ningún tipo de información sobre primeros auxilios dentales, y sólo el 26.7% si lo hizo.

Esta información proviene en el 62.5% de sus dentistas, y el otro 37.5% por parte de programas de televisión, afiches, revistas o comentarios de amistades.

GRÁFICO 1.
INFORMACIÓN PREVIA SOBRE PRIMEROS AUXILIOS DENTALES



Fuente: Elaboración propia

CUADRO 2.

EXPERIENCIAS DE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA

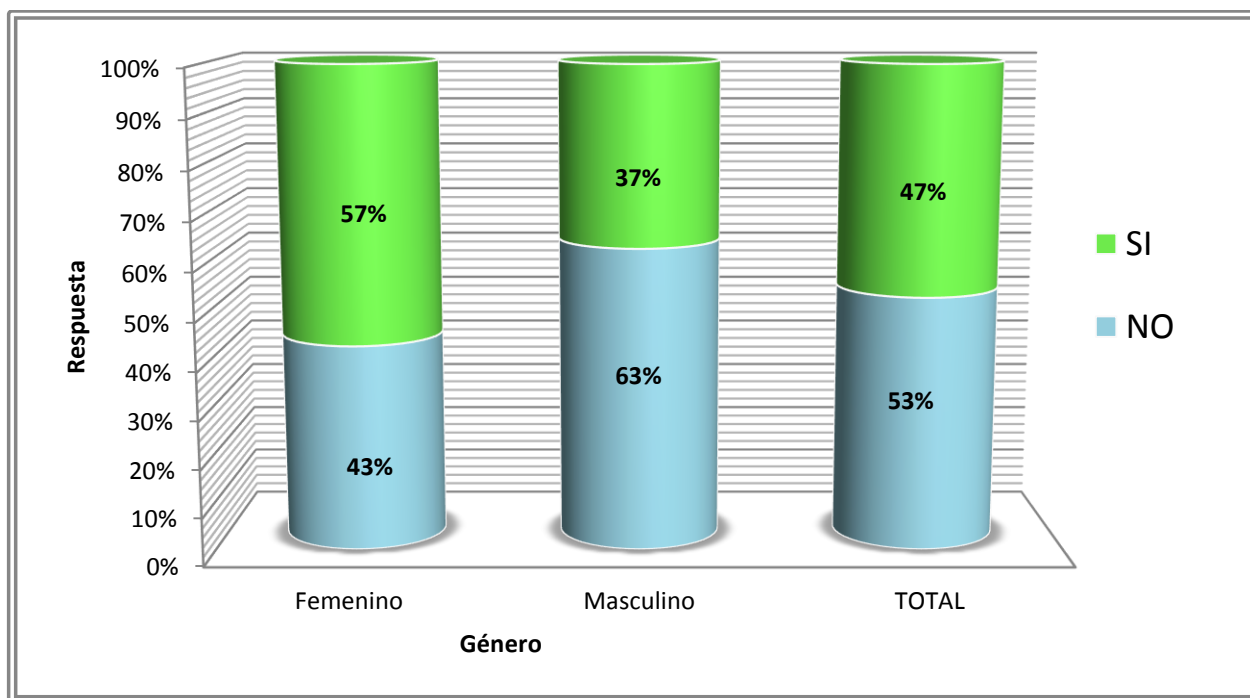
	Femenino		Masculino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	17	57	11	37	28	47
No	13	43	19	63	32	53
Total	30	100	30	100	60	100

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a experiencias pasadas, el 53.3% respondió que No había experimentado o presenciado un traumatismo dentario, frente a un 46.7% que Sí tuvo alguna experiencia de este tipo. Observando que aproximadamente la mitad de los encuestados ha presenciado o tenido experiencias de avulsión y/o fractura dentaria.

GRÁFICO 2.
EXPERIENCIAS DE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA



Fuente: Elaboración propia

CUADRO 3.

CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA

PREGUNTA	RESPUESTA	N°	%
¿Debe buscarse el fragmento o el diente avulsionado?	Si	26	43
	No	34	57
¿Se puede reimplantar un diente avulsionado?	Si	31	52
	No	29	48
¿Dónde buscaría tratamiento?	Dentista	32	53
	Emergencias	18	30
	Médico	3	5
	Desconoce	7	12

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

Frente a la pregunta ¿debe buscarse el fragmento o el diente avulsionado? la mayoría (57%) respondió que no, contra un 43% que dice que sí debería buscarse.

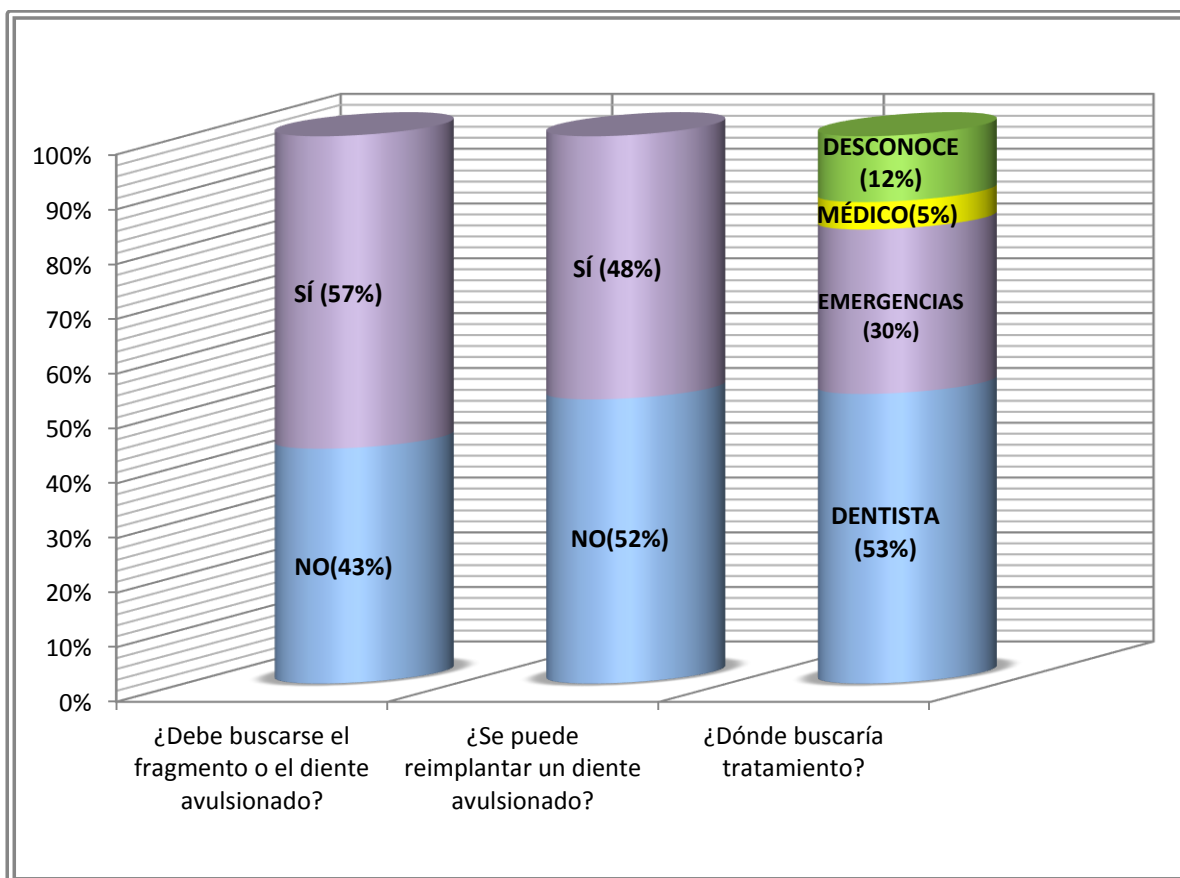
El 52% respondió que si se puede reimplantar un diente avulsionado, a diferencia del 48% que contestó que No se puede.

Sobre el lugar donde buscaría tratamiento frente a un traumatismo dentario, el 53% quiere decir la mayoría contestó que acudiría al Dentista, el 30% iría por Emergencias, el 5% donde un Médico, y el 12% desconoce a donde debería acudir.

Los resultados nos muestran que aproximadamente la mitad de los entrevistados conoce que es lo correcto frente a una avulsión y/o fractura dentaria.

GRÁFICO 3.

CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA



Fuente: Elaboración propia

CUADRO 4.
CONOCIMIENTO DEL MANEJO INMEDIATO DE AVULSIÓN DENTAL

PREGUNTA	RESPUESTA	N°	%
¿Cómo debe limpiarse el diente recogido?	Lavarlo sin tocar la raíz	13	22
	Frotar con cepillo, no recoger, desconoce	47	78
¿Con qué lavarías el diente recogido?	Agua del caño	17	28.3
	Suero fisiológico	11	18.3
	Desconoce	32	53.3
¿En qué transportaría el diente hasta ser atendido?	Frasco con leche o suero	9	15
	Boca del niño	7	12
	Papel higiénico o no sabe	44	73

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

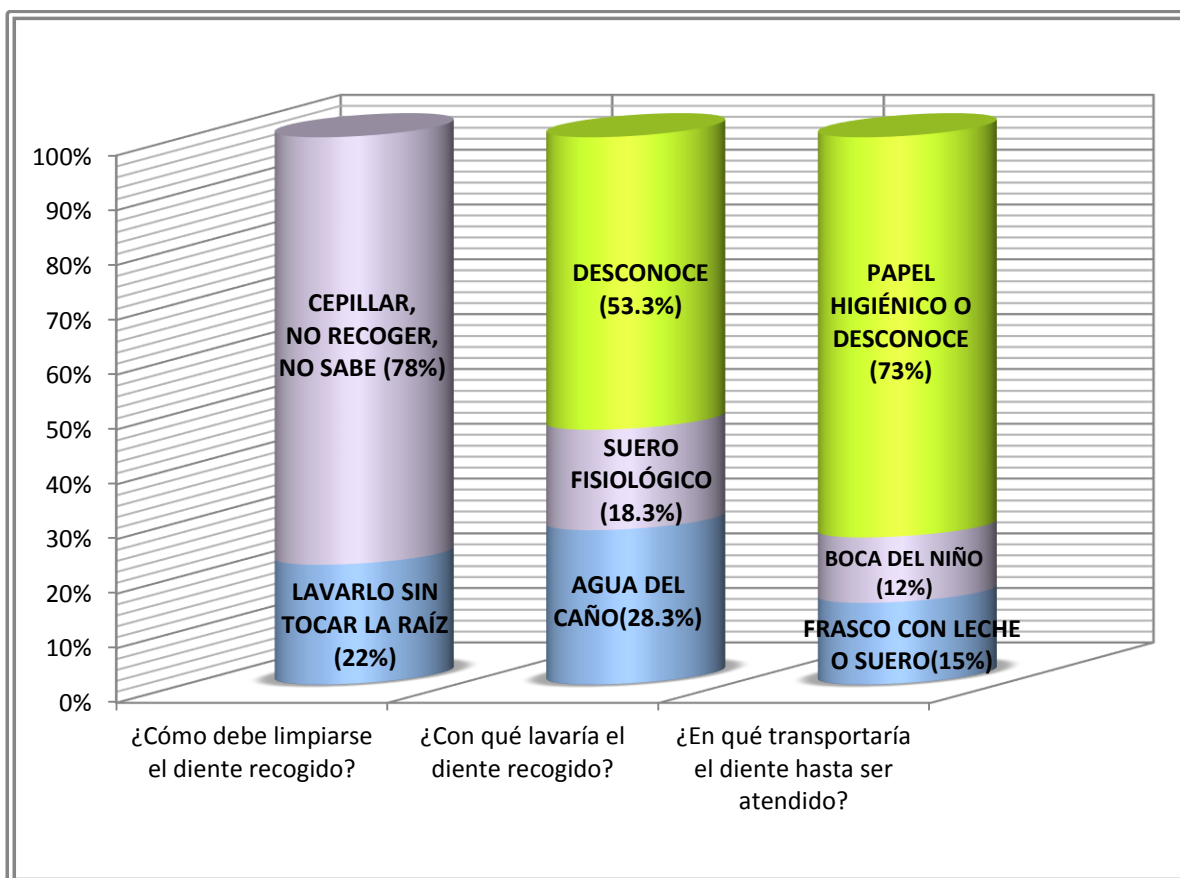
A la pregunta ¿cómo debe limpiarse el diente recogido? la gran mayoría (78%) contestó erróneamente o no sabe, sólo el 22% marcó la respuesta adecuada.

Respecto a con qué lavarías el diente recogido, vemos una vez más que la mayoría (53.3%) desconoce del tema, el 28.3% dio la respuesta correcta, y una alternativa es conocida por el 18.3%.

Sobre el transporte del diente, sólo el 15% conoce que debe ser en un frasco con leche o suero, el 12% sabe de la opción del llevarlo en la boca del niño, y el 73% desconoce cuál sería el medio adecuado.

GRÁFICO 4.

CONOCIMIENTO DEL MANEJO INMEDIATO DE AVULSIÓN DENTAL



Fuente: Elaboración propia

CUADRO 5.

CONOCIMIENTO DEL MANEJO INMEDIATO DE FRACTURA DENTARIA

¿En qué se trasportan los fragmentos de dientes hasta recibir atención?	N°	%
Papel higiénico o pañuelo, en la mano, desconoce	35	58
Bolsa o frasco con saliva	13	22
Frasco con agua	12	20

Fuente: Elaboración propia

Fuente: Elaboración propia

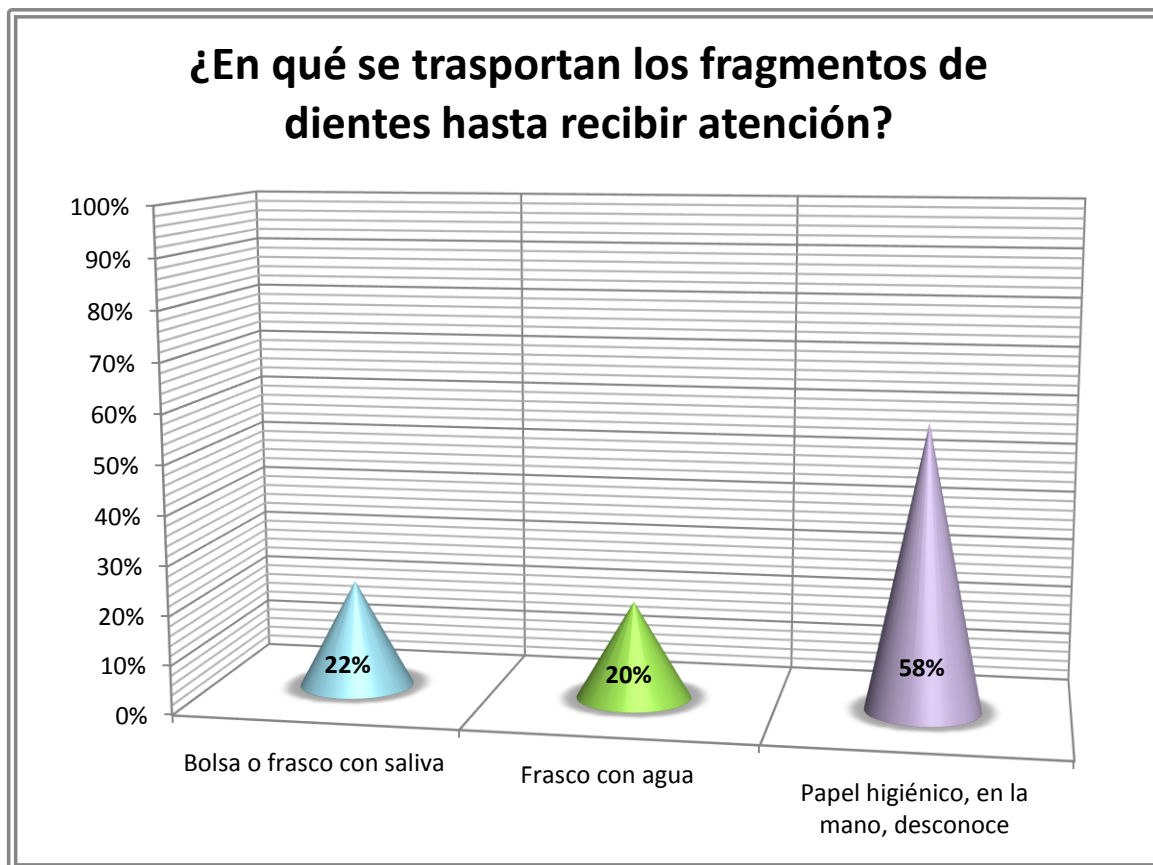
INTERPRETACIÓN:

Podemos observar que el 58% no sabe cómo debe transportarse los fragmentos de dientes hasta que el niño sea atendido, el 22% conoce que debe ser llevado sumergido en saliva, y el 20% conoce la alternativa del frasco con agua.

Demostrando que la mayoría de los entrevistados no conoce el medio de transporte adecuado para un diente fracturado.

GRÁFICO 5.

CONOCIMIENTO DEL MANEJO INMEDIATO DE FRACTURA DENTARIA



Fuente: *Elaboración propia*

CUADRO 6.
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA

	FRECUENCIA(N°)	PORCENTAJE(%)
Muy bueno	2	3.3
Bueno	7	11.7
Regular	12	20
Malo	35	58.3
Muy malo	4	6.7
TOTAL	60	100

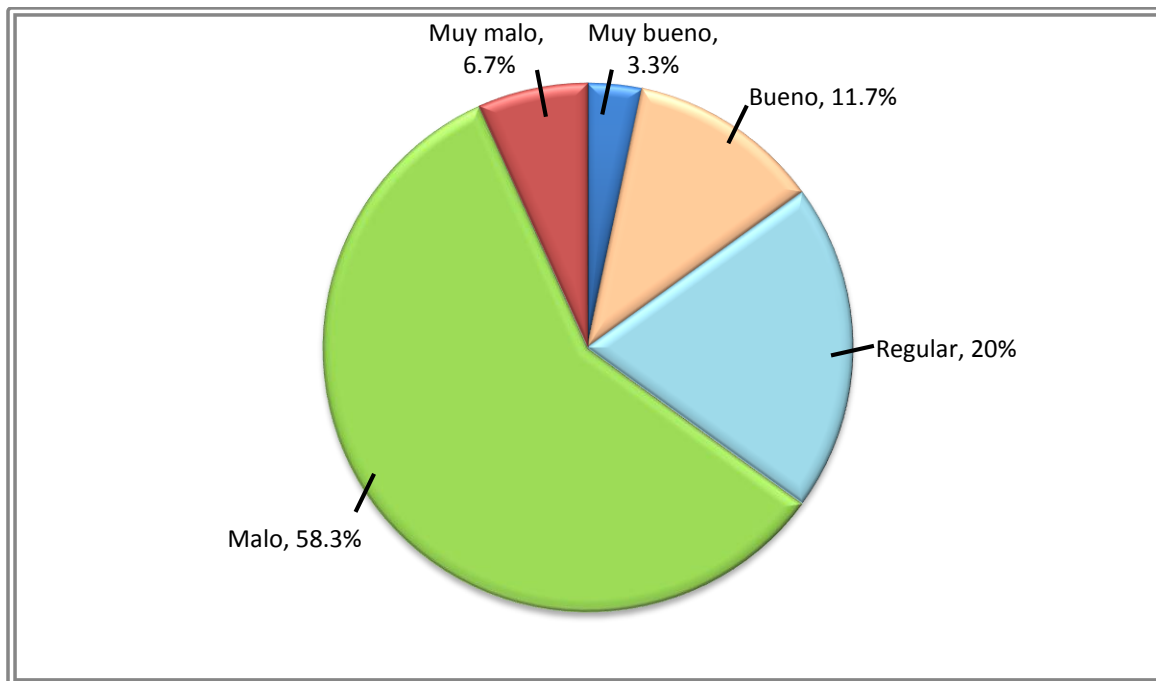
Fuente: elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

De los entrevistados, sólo el 3.3% tiene Muy buen nivel de conocimiento, seguido de un 11.7% que tiene nivel Bueno, otro 20% cuenta con Regular nivel, lo más relevante es el mal nivel de conocimiento en un 58.3%, finalmente un 6.7% representa un Nivel Muy malo de conocimiento sobre avulsión y/o fractura dentaria.

Lo que determina que la mayoría de los entrevistados no cuenta con conocimientos sobre manejo de avulsión y/o fractura dentaria.

GRÁFICO 6.
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA



Fuente: Elaboración propia

CUADRO 7.
ACTITUD FRENTE AL MANEJO INMEDIATO DE AVULSIÓN DENTAL SEGÚN GRUPO ETÁREO

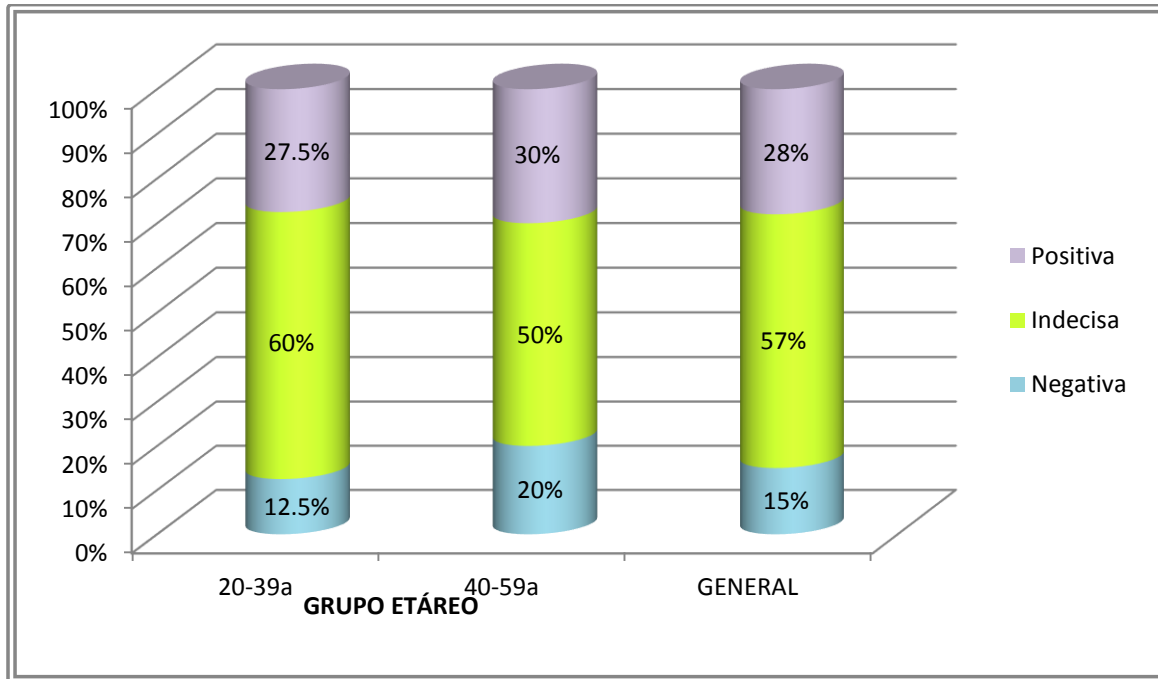
	20 - 39a		40 - 59a		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Positiva	11	27.5	6	30	17	28
Indecisa	24	60	10	50	34	57
Negativa	5	12.5	4	20	9	15
TOTAL	40	100	20	100	60	100

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

En ambos grupos etáreos se encuentran similitud entre sus resultados, por lo que hablaremos de totales, el 57% de los entrevistados actúa de forma indecisa al manejar una avulsión dental, el 15% de manera negativa, y el 28% realiza un manejo positivo inmediato.

GRÁFICO 7.
ACTITUD FRENTE AL MANEJO INMEDIATO DE AVULSIÓN DENTAL SEGÚN GRUPO ETÁREO



Fuente: Elaboración propia

CUADRO 8.

ACTITUD FRENTE AL MANEJO INMEDIATO DE FRACTURA DENTARIA SEGÚN GÉNERO

	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Positiva	8	26	8	6.7	16	26.7
Indecisa	17	57	19	63.3	36	60
Negativa	5	17	3	10	8	13.3
TOTAL	30	100	30	100	60	100

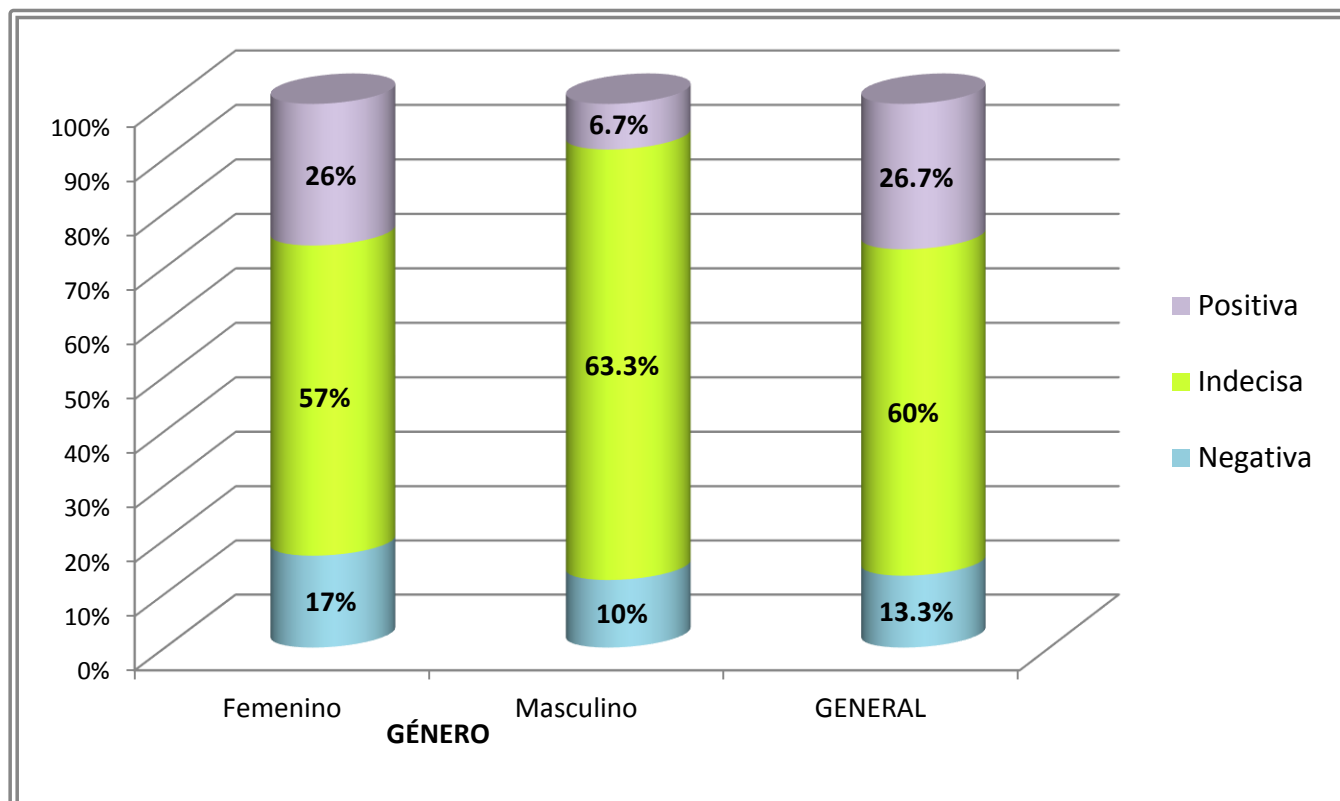
Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

El género femenino tiene mayor actitud positiva (26.7%) frente a un 6.7% del género masculino, lo que se respalda en una mayor indecisión en la actitud de varones (63.3%) comparado con el 56.7% de actitud indecisa en las mujeres.

Según los totales, se determina que el 60% de los entrevistados tienen una actitud indecisa para el manejo de fractura dentaria, seguido de un 26.7% de actitud positiva, y en menor cantidad (13.3%) una actitud negativa.

GRÁFICO 8.
ACTITUD FRENTE AL MANEJO INMEDIATO DE FRACTURA DENTARIA SEGÚN GÉNERO



Fuente: Elaboración propia

CUADRO 9.

ACTITUD FRENTE AL MANEJO INMEDIATO DE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA

	FRECUENCIA(N°)	PORCENTAJE(%)
Positiva	12	20
Indecisa	42	70
Negativa	6	10
TOTAL	60	100

Fuente: Elaboración propia

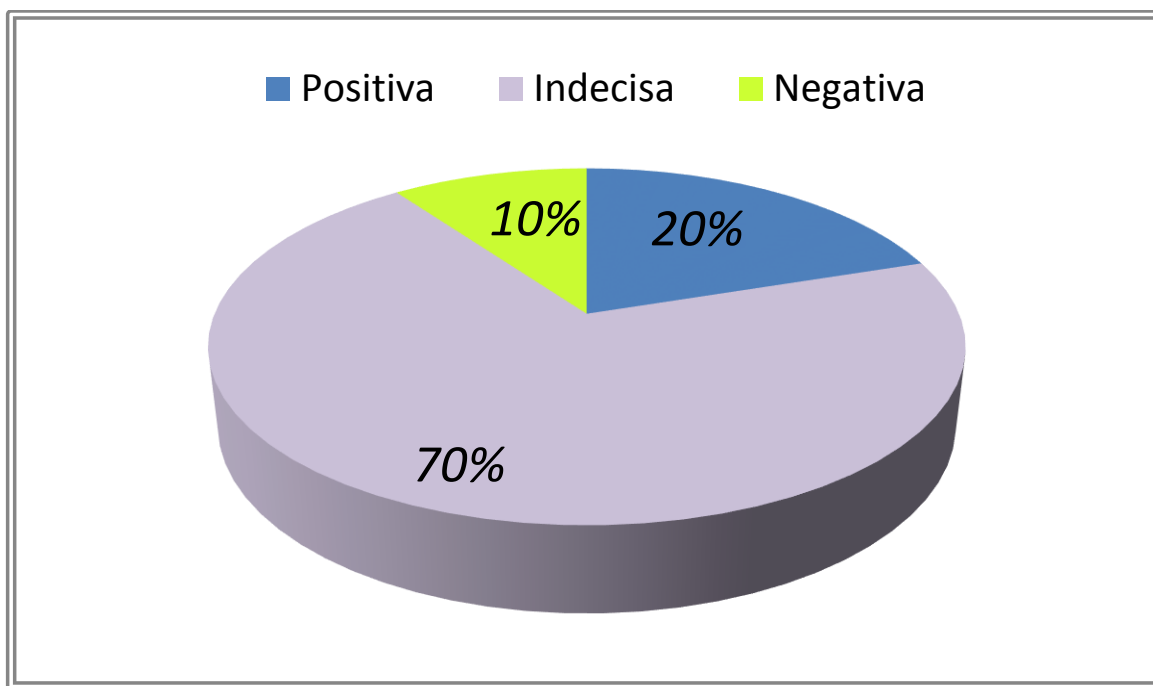
INTERPRETACIÓN:

Observamos que el 70% de los entrevistados presentó una actitud Indecisa, sólo 20% tendría una actitud Positiva, y en mínima cantidad(10%) una actitud Negativa frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria de un niño.

Lo que se relaciona con el nivel de conocimiento malo que se evidenció entre los entrevistados.

GRÁFICO 9.

ACTITUD FRENTE AL MANEJO INMEDIATO DE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA



Fuente: *Elaboración propia*

CUADRO 10.

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL MANEJO
INMEDIATO DE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA EN NIÑOS.

Actitud \ Conocimiento	Positiva		Indecisa		Negativa		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy bueno	2	3.3					2	3.3
Bueno	6	10	1	1.7			7	11.7
Regular	4	6.7	8	13.3			12	20
Malo			33	55	2	3.3	35	58.3
Muy malo					4	6.7	4	6.7
TOTAL	12	20	42	70	6	10	60	100

Coefficiente Correlación : 0.7651

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN:

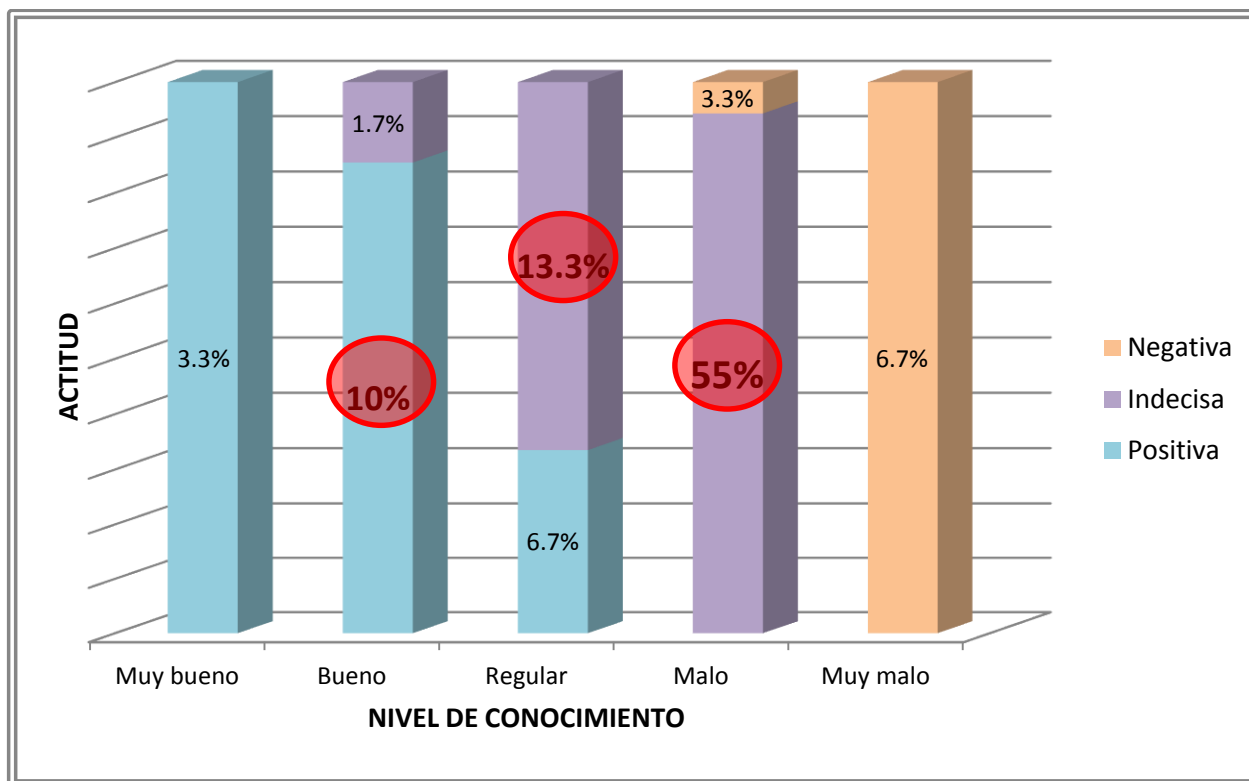
Observamos que el 55% presentó nivel Malo de conocimientos y actitud Indecisa; seguido de 13.3% que cuenta con un nivel Regular de conocimiento y actúa de forma indecisa; existiendo también un 10% que tiene nivel Bueno de conocimientos y actitud Positiva.

El coeficiente de correlación es de 76.51% lo que quiere decir, que sí existe relación directa entre el nivel de conocimiento y la actitud que tendría un padre o tutor frente al manejo de avulsión y/o fractura dentaria en niños.

Indicando que, en nuestra muestra, la mayoría tiene un nivel de conocimientos malo sobre manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria que coincide con su Actitud Indecisa para el auxilio frente a estas situaciones. Sin dejar de lado la pequeña parte de los encuestados que cuenta con un Nivel de conocimientos Bueno y su actitud frente a estos casos es positiva (10%).

GRÁFICO 10.

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL MANEJO
INMEDIATO DE AVULSIÓN Y/O FRACTURA DENTARIA EN NIÑOS.



Fuente: Elaboración propia

IV. DISCUSIÓN

El estudio realizado buscó evaluar el nivel de conocimiento y la actitud de pacientes que acuden a la Clínica de Nuestra Universidad frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños. Con el fin de identificar falencias existentes, que son importantes, ya que las personas que tengan hijos o tengan un niño a su cargo deben haber recibido la información necesaria sobre cómo actuar frente a estos casos y brindar el mejor auxilio al niño afectado.

Según la literatura revisada, no existen estudios anteriores donde se haya recolectado esta información en nuestra institución, de allí nace la utilidad de este estudio, ya que identificando el nivel de conocimiento y la posible actitud de padres frente a este tipo de traumatismos en sus hijos, podremos brindar una solución lograr que las personas que acuden a nuestra clínica puedan realizar un manejo inmediato y adecuado de una avulsión y/o fractura dentaria.

La primera pregunta de nuestro cuestionario concierne a la **información recibida sobre auxilios dentales**, observando que el 73.3% de los encuestados nunca había recibido información, mientras el 26.7% si había recibido esta información. Estos resultados son similares a los obtenidos por Quintana Carmen (2007) quien encontró que el 71.8% de su muestra nunca había recibido información. Comparados con los resultados de Sánchez Agustín y colaboradores en España, 2010 que obtuvieron que el 91.7% de padres encuestados nunca fueron informados y actuarían de forma incorrecta si su hijo sufriera un accidente de este tipo. Porcentaje alarmante porque revela la poca difusión de estos temas tan importantes que de ser bien manejarlos podrían mejorar el pronóstico de piezas dentarias de niños que sufren algún tipo de traumatismo.

El 53% de los entrevistados no ha tenido alguna **experiencia pasada de avulsión y/o fractura** de alguna pieza dentaria, pero un 47% si lo presencié durante su vida, indicando que prácticamente la mitad de la muestra fue testigo de estos accidentes odontológicos. Estos porcentajes son similares a los antes obtenidos por Rivera R. (2011) quien halló que el 36.3% tuvo una experiencia previa en trauma de avulsión y/o fractura dentaria. Esto permite relacionar los traumatismos dentales a la necesidad de consulta odontológica de emergencia, afirmando que son un motivo prevalente de consulta.

Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que el **nivel de conocimiento** de los pacientes es malo en el 58.3%, seguido de un nivel Regular en el 20% de encuestados, y nivel Muy bueno en tan sólo el 3.3%. Estos resultados pueden justificarse con que el 73.3% nunca ha recibido información sobre primeros auxilios frente a una avulsión y/o fractura. Estos resultados difieren con los presentados por Charaja Faride (2015) quien halló que, 53.7% tiene conocimiento regular, 33.7% mal nivel de conocimiento y sólo un 12.6% es bueno. Indicando que estaban mejor capacitados que los entrevistados en nuestro estudio, esta ventaja posiblemente se deba a que Charaja realizó su estudio en docentes de nivel primario, los cuales en algún momento han podido recibir información en el centro educativo.

Conjuntamente, Vieira Maria en Brasil halló que sólo el 16% de entrevistados tuvo un nivel de conocimiento adecuado, Los estudios citados y la presente investigación ponen en evidencia que la comunicad odontológica no está brindando información a la población sobre primeros auxilios dentales en niños. Punto importante para corregir, aumentar la difusión del manejo inmediato de traumatismos dentales en las campañas de proyección a la comunidad o en la propia consulta.

Respecto a la **actitud**, el 70% tiene una actitud indecisa frente a estas situaciones, y sólo un 20% tiene una actitud positiva o esperada, lo cual influye directamente en el pronóstico del diente afectado. Estas cifras concuerdan con las halladas por Charaja, quien concluye que 63.2% tiene una actitud inadecuada y el 36.8% toma la actitud correcta. Otros estudios como el realizado por Quintana Carmen arrojó que el 46.1% de su muestra tiene una actitud adecuada, que comparada con los anteriores estudios mencionados presenta un mejor manejo posiblemente a causa de que sus entrevistados fueron profesores.

Se considera que una de las razones para que la actitud sea indecisa, es la severidad del daño que ocasiona una avulsión y el sangrado producido, lo que no permite a los padres enfrentar adecuadamente este tipo de injuria. De no brindarse la información a la población, las personas no mejorarán su actitud ante traumas dentarios, ya puede ser mediante afiches, medios escritos y de comunicación, y sobre todo información directa ofrecida por el odontólogo.

No se encontró diferencias de actitud según **grupo etéreo**, pero sí el **género** femenino tiene mayor actitud positiva (26.7%) que el masculino (6.7%), respaldado en la mayor indecisión por parte de varones (63.3%) frente a 56.7% de las mujeres.

Al buscar la **relación entre el nivel de conocimiento y la actitud** frente a estos traumas, se encontró que sí existe asociación significativa en un 76.51% entre estas dos variables. Del total de la muestra, el 55% presentó un Mal nivel de conocimiento y una actitud Indecisa, el 13.3% tiene un nivel Regular de conocimientos y su actitud es Indecisa. También se encontró un pequeño porcentaje (10%) que tiene un buen nivel conocimiento y tendría una actitud positiva al auxiliar a un niño que haya sufrido un trauma dentario. Todo esto indica que los padres tendrían una actitud positiva de haber recibido información para afrontar una de estas situaciones.

Comparados con los resultados presentados por Quintana C. (2011) que halló que el 54.6% tuvo regular nivel de información y actitud indecisa. Esta diferencia podría deberse a que la muestra estudiada por el autor fueron profesores, que de alguna manera están más expuestos a presenciar este tipo de lesiones y en algún momento han podido recibir información para el manejo adecuado sea cual fuese la fuente.

Los resultados permiten sustentar que las Facultades de Odontología en el Perú no incluyen el tema y los futuros odontólogos no son capacitados en ésta área, por lo tanto, no brindan esta información a sus pacientes. Nuestro deber es elevar el nivel de conocimiento mediante cursos de primeros auxilios dentales, haciéndolos de mayor difusión, logrando una mejor capacitación de los padres o encargados de niños para un buen manejo frente a fractura y/o avulsión de piezas dentarias.

V. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de padres o tutores que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños es en mayoría malo (58.3% de los encuestados), seguido por un 20% que obtuvo un nivel regular de conocimiento, y tan sólo el 3.3% tiene un nivel Muy bueno de conocimientos acerca del tema mencionado.
2. El 70% de padres o tutores tendría una actitud indecisa frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños, una posible actitud positiva es observada en tan sólo el 20%, y el 10% de los entrevistados tendría una actitud negativa.
3. Por último, se determinó que si existe relación significativa (76.51%) entre el nivel de conocimiento y la actitud que tomarían los padres o tutores frente al manejo inmediato de avulsión y/o fractura dentaria en niños. Siendo el nivel de conocimiento malo y la actitud indecisa la más prevalente % los entrevistados.

VI. RECOMENDACIONES

1. A la Clínica Odontológica, proyectar videos educativos en las salas de espera.
2. A los alumnos de 4to y 5to año de Odontología que atienden en Clínica, brindar información sobre primeros auxilios dentales, con pautas precisas y reacciones inmediatas frente a casos de traumatismos dentarios.
3. A los Odontólogos en general, difundir entre los padres o tutores, la información necesaria sobre cómo actuar frente a un traumatismo dentario.
4. Para futuros proyectos de investigación se recomienda realizar estudios de prevalencia de traumatismo dentario en niños en Arequipa, ya que no existen estos estudios.

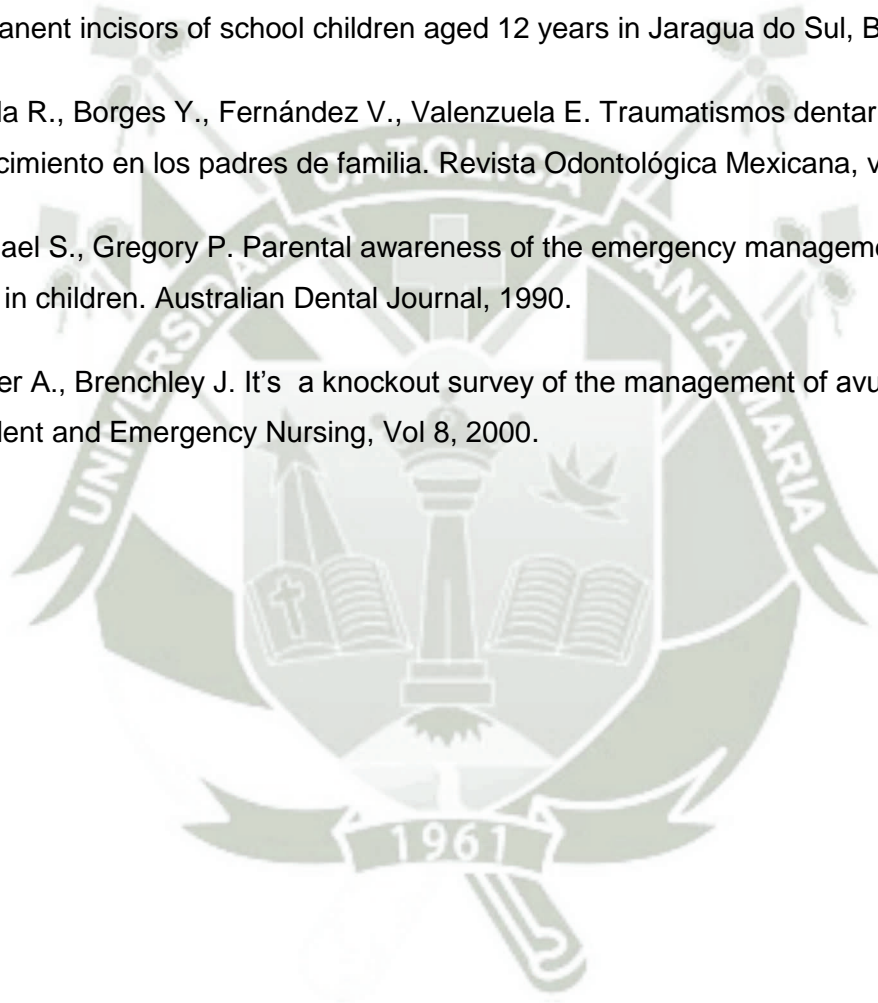


VII. BIBLIOGRAFÍA

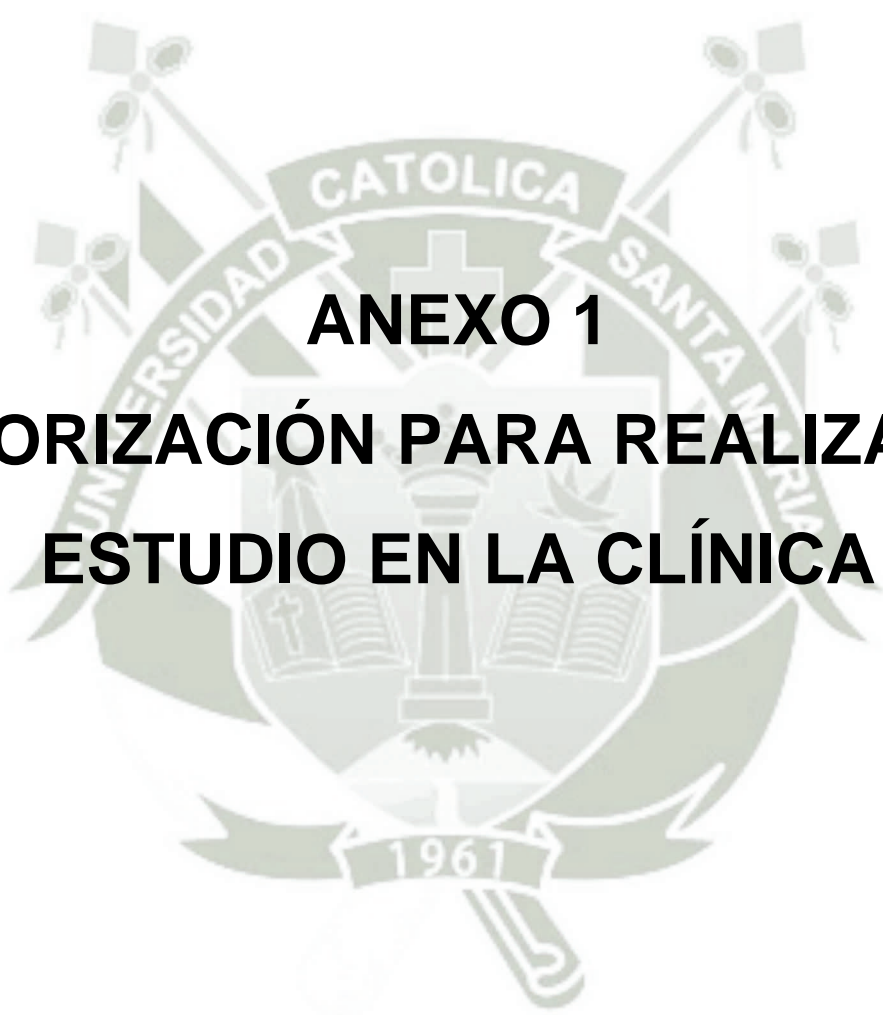
1. Andreasen J, et al. Texto y Atlas a color de Lesiones Traumáticas a las estructuras dentales. 4ta edición. Madrid, 2010.
2. Barbería E, Boj J, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría 2da edición, 2002.
3. Berman L, Blanco L, Cohen S. Manual clínico de traumatología dental. 1ra. Edición. Amsterdam, 2008.
4. Cárdenas D. Odontología Pediátrica. 4ta edición, 2009.
5. Cohen S., Berman L., Blanco L. Manual Clínico de Traumatología Dental, 2008.
6. García C, PérezL, Castejón I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión, 2003.
7. Malagón O., Malagón G. Urgencias Odontológicas.2013
8. Moya Z. Odontopediatría Clínica Basada en Evidencias, 2017.
9. Quintana C. Manejo inmediato de la avulsión y fractura dentaria en niños: información, actitud y experiencia previa de los padres y profesores. [Tesis para optar el grado de Magíster en estomatología]. Lima, Perú. UNMSM; 2007.
10. Rivera R. "Nivel de conocimiento y actitud sobre traumatismos dentales en profesores del nivel primario de escuelas públicas" [Tesis para optar el Título Profesional de: Cirujano Dentista]. Lima, Perú. UNMSM, 2011.
11. Tsukiboshi M. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 2002.

VIII. HEMEROGRAFÍA

1. International Asociation Dental Traumatology-Dental. Management of dental trauma in children, 2012.
2. Marcenes W., Jefferson T., Alessi O. Causes and prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors of school children aged 12 years in Jaragua do Sul, Brazil, 2000.
3. Padilla R., Borges Y., Fernández V., Valenzuela E. Traumatismos dentarios: su conocimiento en los padres de familia. Revista Odontológica Mexicana, vol 9, 2005.
4. Raphael S., Gregory P. Parental awareness of the emergency management of avulsed teeth in children. Australian Dental Journal, 1990.
5. Walker A., Brenchley J. It's a knockout survey of the management of avulsed teeth. Accident and Emergency Nursing, Vol 8, 2000.







ANEXO 1

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL
ESTUDIO EN LA CLÍNICA**

Solicito: Autorización para realizar encuesta para investigación científica

SEÑOR DIRECTOR DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARÍA

Yo, Daniela Inés Vilca Zegarra, identificada con DNI 70652894 con código Universitario 2011204492, Bachiller de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María, ante Ud, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, con la finalidad de obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista y siendo necesario realizar la encuesta a los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica sobre su conocimiento y actitud sobre traumatismos dentoalveolares, es que pido a usted el permiso correspondiente.

POR LO EXPUESTO:

Agradeceré a Ud. acceder a lo solicitado.

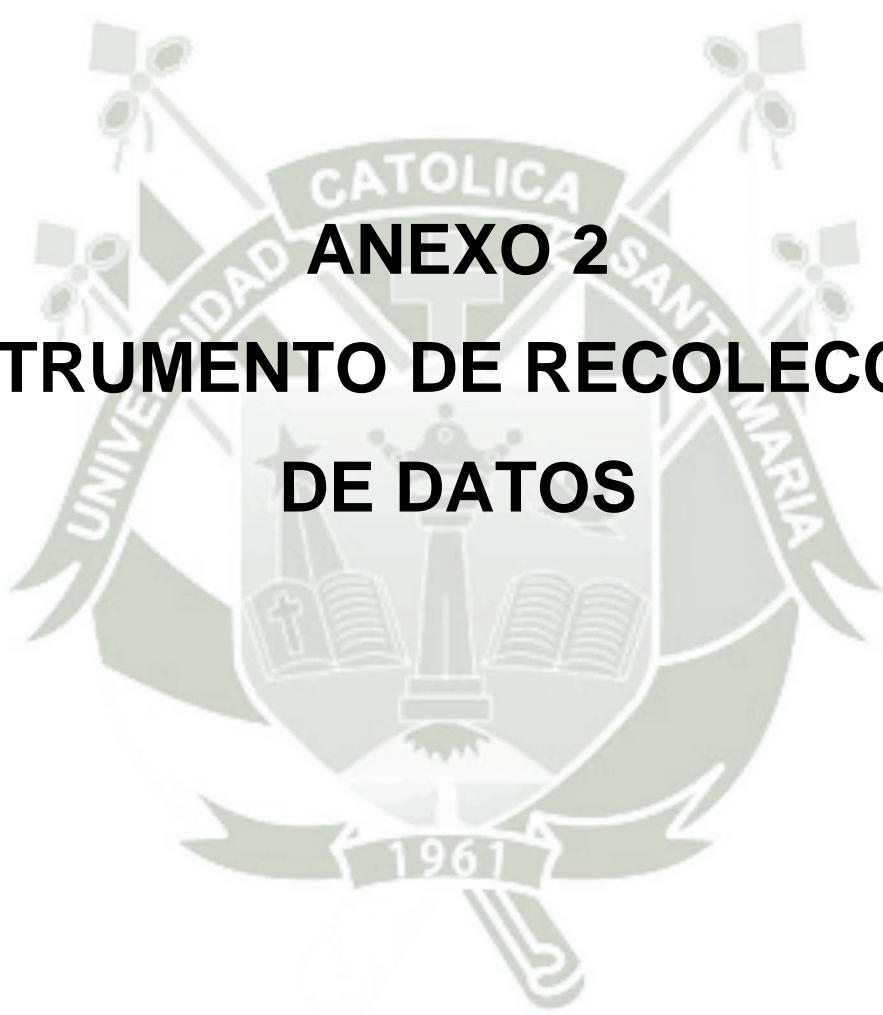
Arequipa, 16 de Octubre del 2017

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Mgtr. Roberto Arvarado Aco
DIRECTOR - CLÍNICA ODONTOLÓGICA



Daniela Inés Vilca Zegarra



ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MARQUE SUS DATOS PERSONALES CON UN ASPA

Género:

Femenino Masculino

Edad:

20 a 39 años

40 a 59 años

60 a más años

¿Tiene usted hijos?

Si No

1. ¿Alguna vez ha sido informado sobre primeros auxilios dentales?
a) Si b) No
2. Si respondió Si ¿Por qué medios se ha informado?
a) Dentista
b) Curso de primeros auxilios
c) Programas de Televisión
d) Afiches, revistas o periódico
e) Amistades
3. ¿Alguna vez ha tenido experiencia de ver un accidente en que los dientes delanteros se rompieron o se salieron de la boca?
a) Si b) No
4. ¿Cómo se le conoce cuando los dientes se salen con la raíz completa por un fuerte golpe en la boca?
a) Avulsión
b) Fractura
c) Infección
d) Desconozco
5. ¿Cómo se le conoce a los dientes quebrados o rotos a causa de un fuerte golpe?
a) Avulsión
b) Fractura
c) Infección
d) Desconozco
6. ¿La parte rota del diente o el diente que se ha salido de su sitio debe buscarse en el lugar del accidente?
a) Sí b) No
7. ¿Por qué deben buscarse?
a) Se puede recolocar el diente en su lugar
b) Si se pierden en ese momento, no se podrá salvar el diente
c) No deben recogerse porque ya no sirve
d) Desconozco
8. ¿Se puede reimplantar un diente que se ha salido a causa de un fuerte golpe en la boca?
a) Si b) No

9. Si a un niño se le quebrara un diente o se le saliera a causa de un fuerte golpe ¿Cuál es el lugar donde buscaría tratamiento?
 - a) Médico particular
 - b) Dentista particular
 - c) Emergencia de un hospital, posta o clínica
 - d) Desconozco

10. ¿Cuánto tiempo considera que tiene usted para buscar atención de emergencia si un diente se sale a causa de un fuerte golpe?
 - a) 15 minutos
 - b) 30 minutos
 - c) 1 hora
 - d) Dentro de algunas horas
 - e) De 1-2 días

11. ¿Qué se recomienda hacer si un niño recibe un golpe, su boca sangra y usted ve que le falta uno de los dientes?
 - a) Controlar el sangrado con un pañuelo
 - b) Llevarlo a un hospital o centro de salud más cercano
 - c) Buscar el diente, lavarlo, ponerlo en la boca del niño y llevarlo al servicio de odontología más cercano.
 - d) Desconozco

12. Al recoger el diente ¿Cómo debe limpiarse?
 - a) Debe frotarse suavemente con cepillo dental
 - b) Debe lavarse sin tocar la raíz del diente
 - c) No debe lavarse
 - d) No debe recogerse del piso porque ya no sirve
 - e) Desconozco

13. Si tuviera los siguientes líquidos ¿Cuál elegiría para lavar el diente que se salió?
 - a) Agua de caño
 - b) Alcohol
 - c) Suero fisiológico
 - d) Detergente o jabón
 - e) Desconozco

14. ¿En qué transportaría el diente hasta ser llevado a la atención de emergencia?
 - a) La boca del niño
 - b) Papel higiénico o pañuelo limpio
 - c) Frasco con suero fisiológico
 - d) Frasco con leche
 - e) Desconozco

15. ¿Cómo se transportan los fragmentos de dientes rotos hasta poder recibir la atención necesaria?
 - a) En papel higiénico o pañuelo limpio
 - b) En la mano
 - c) En bolsa o frasco con saliva
 - d) En un frasco con agua
 - e) Desconozco

IMAGINE los accidentes que va a leer a continuación y marque Sí, Tal vez si, Dudo, Tal vez no, No.

Caso 1: A un niño que está a su cargo le dan un codazo en la boca, usted ve que está sangrando y le falta uno de los dientes, mira al suelo y el diente está en el piso.

	Si	Tal vez si	Dudo	Tal vez no	No
16. Recogería el diente con cuidado para no dañarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Colocaría el diente en un frasco con líquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Intentaría recolocar el diente a su sitio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Llevaría de inmediato al niño al dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso 2: Una niña que está a su cargo ha sufrido un golpe mientras jugaba, a uno de sus dientes le falta pedazos.

	Si	Tal vez si	Dudo	Tal vez no	No
20. Buscaría los pedazos en el piso o en la boca de la niña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Colocaría los pedazos de diente en un frasco con líquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Llevaría a la niña inmediatamente al dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tomaría importancia a los pedazos que pueda encontrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Diego Andrés de Carlos Torres
 1.2. Cargo e Institución donde labora : docente
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Cuestionario de
nivel de conocimiento de Dignidad
 1.4. Autor del Instrumento : Sra. Daniela Valca

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				✓	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.				✓	
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				✓	

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha:

.....
Firma del Experto Informante

DNI 28655282 Teléfono No 958337862



ANEXO 4


MATRIZ DE DATOS

UE	GÉNERO		GRUPO ETÁREO			HIJOS		NIVEL DE CONOCIMIENTO														ACTITUD												
	F	M	20-39	40-59	60+	Si	No	PTOS SEGÚN PREGUNTA															T	N	PTOS SEGÚN PREGUNTA								T	N
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			16	17	18	19	20	21	22	23		
1	X		X			X		0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	1	0	2	0	0	8	M	3	1	1	5	3	1	5	3	22	I
2	X		X			X		0	0	0	0	1	0	0	1	3	1	2	0	2	0	0	10	M	3	2	1	5	3	3	5	2	24	I
3	X		X			X		0	0	1	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	0	0	8	M	3	1	1	5	3	3	5	2	23	I
4		X	X			X		0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	5	MM	1	1	1	5	1	1	5	3	18	N
5		X	X			X		0	0	0	0	1	0	0	1	3	1	2	0	2	0	0	10	M	3	3	1	5	4	4	5	4	29	I
6	X		X			X		0	0	1	0	1	0	0	1	3	2	2	0	0	0	0	10	M	5	2	1	5	4	4	5	1	27	I
7		X	X				X	0	0	0	0	0	1	2	1	3	2	2	0	1	0	2	14	R	5	5	1	5	5	5	5	5	36	P
8	X		X				X	1	2	1	0	1	1	2	0	3	1	2	1	0	0	0	15	R	5	2	1	5	5	2	5	5	30	P
9	X		X			X		0	0	1	0	1	0	0	0	3	0	1	0	2	0	0	8	M	1	4	1	4	5	1	5	1	22	I
10		X	X			X		0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	4	MM	1	2	1	5	1	1	5	2	18	N
11		X		X		X		0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	7	M	3	1	1	5	1	2	5	2	20	I
12	X			X		X		0	0	1	0	0	1	0	0	3	2	1	0	0	0	0	8	M	1	1	1	5	4	4	5	5	26	I
13	X			X		X		0	0	1	0	2	0	0	0	3	0	3	0	2	0	0	11	R	5	1	1	5	5	1	5	2	25	I
14	X		X			X		1	2	1	0	0	0	0	1	3	1	1	0	0	0	0	10	M	5	1	1	5	4	1	5	4	26	I
15		X	X			X		0	0	0	0	1	0	1	1	3	0	1	0	2	0	0	9	M	3	3	1	5	2	2	5	3	24	I
16	X		X			X		0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	2	2	0	8	M	3	3	2	5	4	3	5	4	29	I
17	X		X			X		0	0	0	0	0	1	2	0	2	1	2	0	0	0	0	8	M	5	1	1	5	5	1	5	5	28	I
18	X		X			X		0	0	0	0	1	0	0	1	3	1	2	0	2	0	2	12	R	4	4	3	5	4	2	5	4	31	P
19	X			X		X		0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	6	M	4	3	1	5	3	3	5	3	27	I
20	X		X			X		0	0	1	0	0	0	0	0	3	1	1	0	1	2	0	9	M	2	2	1	5	3	2	5	3	23	I
21	X		X			X		1	2	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	1	0	0	10	M	2	2	2	5	2	2	5	2	22	I
22	X			X		X		0	0	1	0	1	1	0	1	2	1	2	0	2	0	0	11	R	4	2	1	5	5	1	5	1	24	I
23		X		X		X		0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	6	M	1	1	2	5	3	2	5	3	22	I
24	X			X		X		1	1	1	0	1	0	0	0	3	1	2	0	2	2	0	14	R	5	4	1	5	4	1	5	1	26	I
25	X		X			X		0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	2	0	0	0	2	9	M	2	2	1	5	3	3	5	2	23	I
26	X		X			X		1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	0	1	2	2	20	B	5	5	1	5	5	5	5	5	36	P

UE	GÉNERO		GRUPO ETÁREO			HIJOS		NIVEL DE CONOCIMIENTO														ACTITUD												
	F	M	20-39	40-59	60+	Si	No	PTOS SEGÚN PREGUNTA															T	N	PTOS SEGÚN PREGUNTA							T	N	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			16	17	18	19	20	21	22			23
27	X		X				X	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	2	0	0	0	1	7	M	4	3	1	5	4	3	4	3	27	I
28	X		X			X		1	2	0	0	0	0	0	1	2	2	1	0	0	0	0	9	M	1	1	1	5	1	1	5	1	16	N
29		X	X				X	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0	1	1	0	0	0	7	M	5	3	1	5	1	1	5	3	24	I
30		X	X				X	0	1	1	0	1	1	2	0	3	1	2	0	0	2	2	16	B	4	5	3	5	4	1	5	2	29	I
31		X	X				X	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	3	MM	1	1	1	5	1	2	5	1	17	N
32		X	X				X	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0	1	1	0	7	M	5	1	5	5	1	1	5	5	28	I
33	X			X		X		0	0	1	0	0	1	0	1	3	1	2	0	2	0	1	12	R	5	3	2	5	5	3	5	1	29	I
34	X			X		X		0	0	1	0	1	0	0	1	2	1	2	0	2	0	0	10	M	4	4	1	5	1	1	5	1	22	I
35	X			X		X		0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	6	M	1	1	1	5	1	1	5	2	17	N
36	X			X		X		1	2	1	0	1	1	2	1	3	2	3	1	1	2	2	23	MB	5	4	1	5	5	4	5	5	34	P
37		X		X		X		1	2	1	0	1	1	2	1	3	1	3	1	2	2	2	23	MB	5	4	1	5	4	4	5	4	32	P
38		X	X			X		1	2	0	0	1	0	0	1	3	2	2	0	0	0	0	12	R	5	4	4	5	4	3	5	4	34	P
39	X		X			X		0	0	0	0	1	1	0	0	3	2	2	0	0	2	11	R	2	4	1	5	1	2	5	4	24	I	
40		X	X			X		0	0	0	0	0	1	2	1	3	2	2	0	1	0	1	13	R	5	3	1	5	3	3	5	4	29	I
41		X	X			X		0	0	1	0	0	1	0	1	3	0	1	0	0	1	2	10	M	5	4	1	5	1	2	5	3	26	I
42		X	X				X	0	0	0	0	1	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	10	M	2	4	1	5	1	2	5	3	23	I
43		X		X		X		1	2	1	0	1	0	0	1	0	2	2	1	2	2	1	16	B	5	3	3	5	3	4	5	4	32	P
44	X			X		X		0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	2	0	0	0	1	8	M	4	1	1	5	1	2	5	2	21	I
45	X		X			X		0	0	1	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	0	0	10	M	4	3	3	5	1	1	5	2	24	I
46		X		X			X	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	0	0	1	1	8	M	1	3	1	5	3	1	5	2	21	I
47		X	X			X		0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	5	MM	1	1	1	5	2	1	5	2	18	N
48		X	X			X		0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	2	1	0	0	0	8	M	3	4	1	5	3	3	5	1	25	I
49		X	X			X		1	1	1	0	0	1	1	1	0	2	3	1	1	1	2	16	B	5	4	1	5	4	2	5	4	30	P
50		X		X		X		0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	3	0	0	1	1	9	M	3	2	2	5	3	2	5	2	24	I
51		X		X		X		1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	2	0	0	11	R	4	4	2	5	2	2	5	2	26	I
52	X		X			X		0	0	1	0	1	0	0	0	3	2	2	0	0	0	2	11	R	4	1	1	5	1	2	5	1	20	I

E	GÉNERO		GRUPO ETÁREO			HIJOS		NIVEL DE CONOCIMIENTO														ACTITUD												
	F	M	20-39	40-59	60+	Si	No	PTOS SEGÚN PREGUNTA															T	N	PTOS SEGÚN PREGUNTA							T	N	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			16	17	18	19	20	21	22			23
53		X	X			X		1	1	1	0	0	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	19	B	5	3	2	5	4	4	5	4	32	P
54		X	X			X		0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3	0	0	0	1	7	M	3	4	1	5	2	1	5	2	23	I
55		X	X			X		0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	2	1	1	0	0	9	M	4	3	2	5	1	1	5	3	24	I
56		X		X			X	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	7	M	4	1	1	5	1	1	5	2	20	I
57	X			X		X		1	2	1	0	1	1	2	1	0	2	3	1	1	2	2	20	B	5	3	1	5	4	4	5	3	30	P
58		X	X			X		0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	1	6	M	2	2	1	5	2	2	5	2	21	I
59		X		X		X		0	0	1	0	0	1	2	0	2	1	0	0	0	0	0	7	M	2	1	1	5	3	3	5	2	22	I
60		X	X			X		1	1	0	1	1	1	1	0	3	2	2	0	2	1	1	17	B	5	4	2	5	3	4	5	2	30	P





ANEXO 5
FOTOGRAFÍAS

