

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A URGENCIAS
DENTOALVEOLARES EN DIENTES DECIDUOS Y PERMANENTES EN LOS
ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA DE ÚLTIMO AÑO.

KAREN DAYANA QUEJADA BELLO

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA SAINUM SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE ODOLOGIA
AREA DE INVESTIGACION
CARTAGENA DE INDIAS
2018-I

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A URGENCIAS DENTOALVEOLARES EN
DIENTES DECIDUOS Y PERMANENTES EN LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA
DE ÚLTIMO AÑO.

KAREN DAYANA QUEJADA BELLO

PROYECTO DE GRADO

IRENE LORA SALGADO ODONTOLOGA ESPECIALISTA EN GERENCIA DE
CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
LESBIA ROSA TIRADO AMADOR ODONTOLOGA

UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BEHARA SAINUM SECCIONAL CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA
CARTAGENA DE INDIAS
2018-I

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

05 DE junio de 2018

Este proyecto está hecho con todo el amor para mi familia, por ser mi fuente de inspiración y motivación diaria, porque han creído en mi aun cuando yo lo he dejado de hacer y me han enseñado que todo en el tiempo de Dios es perfecto.

a mi madre por ser mi apoyo incondicional y no dejarme desfallecer. A mi padre por mostrarme siempre el camino hacia la superación y a mi hermano por ser mi ejemplo a seguir. incondicional

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar mi proyecto solo me queda agradecer de manera especial y sincera a mi tutor disciplinar, la doctora Irene Lora Salgado por la atención, dedicación y entrega para con este proyecto, por la paciencia brindada a lo largo de este proceso, por cada regaño, cada corrección, cada consejo, por cada muestra de interés, que lograron un efecto positivo en mí y en mi proyecto.

Gracias a mi tutora disciplinar, la doctora Lesbia Rosa Tirado Amador por su orientación, por el aporte invaluable de guiar mis ideas con su gran conocimiento, que fueron claves para la realización de este proyecto.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	10
1. OBJETIVOS	11
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2.1 DEFINICIÓN	
1.2.2 JUSTIFICACIÓN	14
1.3 MARCO TEÓRICO	16
1.4 MATERIALES Y MÉTODOS	26
1.4.1 MATERIALES	
1.4.2 METODOLOGÍA	
1.5 DESARROLLO DEL PROYECTO	29
1.5.1 ANÁLISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO	
1.6 CRONOGRAMA	36
1.7 CONCLUSIONES	37
1.8 RECOMENDACIONES	38
1.9 BIBLIOGRAFÍA	39

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Variables sociodemográficas	31
Tabla 2. Edades	31
Tabla 3. Preguntas relacionadas con actitud	32
Tabla 4. Preguntas relacionadas con conocimiento	33
Tabla 5. Nivel de conocimientos global	34
Tabla 6. Nivel de actitudes global	34
Tabla 7. Relación variables sociodemográficas con actitud y conocimiento	35

GLOSARIO

TRAUMA: situación que genera daño físico al cuerpo.

LESION: Cambio anormal en a morfología o estructura de una parte del cuerpo, producida por un daño interno o externo.

CONOCIMIENTO: conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o a través de la observación.

ACTITUDES: Comportamiento que emplea un individuo para hacer sus labores.

DENTICION TEMPORAL: También llamados deciduos o primarios, es el primer juego de dientes que aparece en boca, se desarrollan durante el periodo embrionario y se hacen visibles durante la infancia.

DENTICION PERMANENTE: Dientes secundarios que se forman después de la dentición decidua y conformarán el sistema dental durante toda la vida.

RESUMEN

El trauma dentoalveolar se puede definir como una lesión traumática que afecta tanto a la estructura dentaria como a los tejidos de soporte de este mismo, este tipo de traumatismo dental se ha constituido como un problema de salud pública, ya que requiere de atención rápida y eficaz, lo que nos conlleva a la realización de este proyecto, que tiene como fin saber cuál es el dominio de los estudiante de último año de la universidad del Sinú en el periodo 2018-I, acerca de trauma dentoalveolar de dientes primarios y permanentes, debido a la frecuencia e incidencia de estos casos y a los casos de urgencias odontológicas; por lo que es importante que estudiantes próximos a culminar el ciclo académico estén preparados para afrontar este tipo de urgencias, desarrollando sus conocimientos y actitudes, dando un acertado diagnóstico y posterior tratamiento dependiendo del trauma al que se enfrenten.

PALABRAS CLAVES: trauma dental, conocimientos, actitudes, estudiantes,

INTRODUCCIÓN

Los accidentes son muy frecuentes en la vida cotidiana, puede afectar a cualquier persona, aunque en la etapa de la niñez son más comunes, pues por lo general los juegos y los deportes son más activos, y estos no son lo suficientemente cuidadosos para prever situaciones de peligro; pero no se puede perder de vista la alta incidencia de los accidentes de tránsito, deportes de contacto y accidentes laborales, en donde puede o no, que se encuentren afectados los dientes y sus estructuras de soporte, a lo que se define como trauma dentoalveolar; estas lesiones son la segunda causa de atención en las urgencias odontológicas con valores entre 17 % y 35 %, por ende, se ha convertido en un problema de salud pública odontológica al igual que la caries y la enfermedad periodontal.

Los traumatismos dentoalveolares son lesiones que afectan a los dientes y al hueso que lo sostiene, estas lesiones ocurren con mayor frecuencia en el sector anterior, en especial en los centrales superiores, lo que provoca una disminución de las capacidades de masticación y dicción, así como problemas estéticos que pueden producir trastornos psicológicos en los pacientes que lo padece; Por eso la prevención de las lesiones traumáticas es la acción más recomendable, es esencial educar y dar pautas sencillas y específicas para su manejo a los padres, profesores, amigos, vecinos, y las personas que rodean los niños y adolescentes en la vida diaria; pero es el profesional de la odontología por sus conocimientos la persona a la que se acude cuando se presentan este tipo de traumas que muchas veces, no son bien manejados por parte de los profesionales, dada la falta de información y de adiestramiento. Es por eso la importancia de suministrar la información, el conocimiento y generar las herramientas necesarias para que los estudiantes de pregrado próximos a ser profesionales tengan las actitudes para enfrenar cualquier urgencia dentoalveolar, dando el diagnóstico adecuado y por ende proporcionando el tratamiento idóneo, donde se evidencien resultados positivos en el paciente.

1. OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar los conocimientos y actitudes en los estudiantes de odontología de último año frente a trauma dentoalveolares en dentición temporal y permanente.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar a los sujetos de estudio
- ✓ Describir el nivel de conocimientos acerca de trauma dentoalveolar en los estudiantes de último año de odontología.
- ✓ Determinar las actitudes de los estudiantes en un caso de trauma dentoalveolar
- ✓ Relacionar el nivel de conocimientos y actitudes con las variables demográficas

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¹El trauma dentoalveolar es una lesión que se produce en diente, hueso y tejidos de sostén, sea temporal o permanente, consecuencia de un impacto físico contra ellos, dado por cualquier circunstancia de la vida cotidiana como caídas, peleas, accidentes de tránsito, accidentes deportivos, maltrato infantil, actos de violencia, entre otras, esto puede suceder en cualquier momento, siendo de mayor incidencia los dientes anteriores de niños varones, adolescentes y deportistas, afectando las funciones que desempeñan los dientes, la pérdida temporal o definitiva de la sonrisa y por ende la incidencia del estado de ánimo del paciente y su calidad de vida.

²Esta patología ha sido en los últimos años un problema generalizado de salud pública, debido a su alto índice de ocurrencia, por lo que amerita ser tratada como urgencia dado que causa dolor y en la mayoría de los casos, el tiempo juega un papel definitivo ya a que de su pronto y oportuno manejo depende el pronóstico realizado al del diente y las estructuras afectadas.

Es el profesional de la odontología que por su formación, competencias y disciplina específica, la persona capacitada para diagnosticar y brindar el tratamiento adecuado al trauma en mención para efectos de disminuir el dolor, recuperar la funcionalidad del órgano dentario afectado y mejorar la el autoestima del paciente.

En el área de urgencias odontológica, el contacto con los pacientes y sus patologías le da al profesional la experticia necesaria para realizar la intervención acertada a cada problema bucal; en el caso del trauma dentoalveolar cada cuadro clínico es distinto y específico y depende de múltiples factores. Pero la experiencia debe estar anticipada y acompañada por los conocimientos teóricos que los estudiantes deben adquirir en el proceso de formación académica, donde deben aprender el protocolo de manejo de trauma dentoalveolar que les permita

desenvolverse con seguridad y precisión ante cualquier caso de trauma una vez se conviertan en profesionales y prestadores de servicios de salud.

Lo precedente requiere la implementación de estrategias y acciones desde lo académico, lo institucional, lo profesional, lo personal y el apoyo indefectible de la política pública correspondiente en aras de dotar al estudiante de las herramientas necesarias que le permitan coadyuvar a la consecución de los propósitos y metas planteadas en materia de bienestar social y calidad de vida de la población de interés. Es importante resaltar, el papel fundamental que debe desempeñar el estudiante, en beneficio del desarrollo de las habilidades y destrezas necesarias en el proceso de formación profesional para contribuir positivamente al tratamiento de casos relacionados con trauma dentoalveolar

1.2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de odontología sobre trauma dentoalveolar en dentición temporal y permanente durante el primer periodo del año 2018?

1.2.2 JUSTIFICACION

El trauma dentoalveolar ocurre muy frecuentemente y su incidencia es de 5% por la que los pacientes asisten a consulta, Existen dos estudios realizados Bogotá, el primero realizado por J. Moreno, M.S. Ramírez e I. Chavarro en 1998, quienes determinaron el comportamiento epidemiológico del trauma dentoalveolar en niños de 0 a 17 años de edad, atendidos en los servicios de urgencias de cuatro instituciones de salud de Santafé de Bogotá durante un periodo de dos años, una de ellas el Hospital de la Misericordia, mediante la revisión de los registros estadísticos de urgencias del servicio de salud oral en cada una de las instituciones. De un total de 266 niños que sufrieron este tipo de trauma, según grupos de edad el 34% correspondió al de 7 a 12 años, 24.06% al de 0 a 2 años, 20.68% al de 3 a 6 años y la misma cifra para el grupo de 13 a 17 años. El segundo estudio, finalizado en noviembre del 2003 por las estudiantes del posgrado en Estomatología Pediátrica M. Cepeda, L. Delgadillo y M.A. Espinosa, dirigido por la docente E. Clavijo, trata sobre la prevalencia y caracterización del trauma dentoalveolar en el Hospital de la Misericordia, entre enero de 2000 y Junio de 2003. Sobre 79 pacientes entre 1 a 16 años se encontró una prevalencia de 10.5%, con una frecuencia del 46% para la dentición temporal y una ocurrencia según grupos de edad de 21.5% entre los 0 a 2 años y de 46.8% hasta los cinco años.

Lo anterior se resume a que por su incidencia el trauma dentoalveolar se considera un problema de salud pública, además es una situación que requiere de acción pronta y oportuna, es decir, debe ser tratado de urgencia, debido a que su principal sintomatología es el dolor y por ello debe ser atendido de forma inmediata.

Por lo tanto, el estudiante de odontología debe tener los conocimientos necesarios para atender oportuna y eficazmente a un paciente, es decir, que al momento de ejercer su carrera como profesional debe estar enfocado en pro de mantener o/y restaurar la salud oral al momento de sufrir un traumatismo dental, lo cual haría de

gran utilidad este proyecto, ya que se pretende establecer si la preparación académica de pregrado en cuanto a una urgencia dentoalveolar tiene deficiencias o por el contrario si el estudiante estará capacitado en su totalidad para enfrentarse a un traumatismo de este tipo cuando este ejerciendo su carrera.

1.3 MARCO TEÓRICO

TRAUMA

DIENTES PRIMARIOS

LUXACIONES

¹Concusión

Una lesión de las estructuras de soporte de los dientes sin mayor movilidad o desplazamiento del diente, pero con dolor a la percusión y sin sangrado gingival.

¹Subluxación

Una lesión de las estructuras de soporte de los dientes que resulta en una mayor movilidad y dolor a la percusión, pero sin desplazamiento del diente. El sangrado del surco gingival es evidente, si el niño es visto poco después del accidente.

¹Extrusión

Desplazamiento parcial del diente fuera de su zócalo.

Una lesión del diente caracterizada por la separación parcial o total del ligamento periodontal que resulta en aflojamiento y desplazamiento del diente. El hueso de la cavidad alveolar permanece intacto. Además del desplazamiento axial, el diente tendrá normalmente alguna orientación protrusiva o retrusiva.

¹Luxación lateral

Desplazamiento del diente distinto al axial. El desplazamiento se acompaña de trituración o fractura del hueso alveolar labial o lingual. La luxación palatal / lingual de los incisivos maxilares puede resultar en interferencia oclusal expresada por contacto prematuro con los dientes adversos.

Las lesiones de luxación lateral, similares a las lesiones por extrusión, se caracterizan por separación parcial o total del ligamento periodontal. Sin embargo, las luxaciones laterales se complican por fractura del hueso alveolar labial o palatal / lingual y una zona de compresión en el área cervical y a veces la apical. Si ambos lados de la cavidad alveolar han sido fracturados, la lesión debe clasificarse como una fractura alveolar (las fracturas alveolares rara vez afectan sólo un solo diente).

En la mayoría de los casos de luxación lateral el vértice del diente ha sido forzado en el hueso por el desplazamiento, y el diente es con frecuencia no móvil.

¹Intrusión

Desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se acompaña de trituración o fractura de la cavidad alveolar.

¹Avulsión

El diente está completamente desplazado fuera de su alveolo. Clínicamente el zócalo se encuentra vacío o lleno de un coágulo.

FRACTURAS CORONARIAS

¹Infracción

Fractura incompleta (grieta) del esmalte sin pérdida de estructura dental.

¹Fractura del esmalte

Una fractura confinada al esmalte con pérdida de estructura dental.

¹Fractura esmalte-dentina

Una fractura confinada al esmalte y a la dentina con pérdida de estructura dental, pero sin implicar la pulpa.

¹Fractura esmalte-dentina-pulpa

Una fractura que involucra esmalte y dentina con pérdida de estructura dental y exposición de la pulpa.

FACTURAS CORONO-RADICULARES

¹Fractura de la raíz de la corona sin afectación de la pulpa

Una fractura que involucra esmalte, dentina y cemento con pérdida de estructura dental, pero sin implicar la pulpa.

¹Fractura de la raíz de la corona con afectación de la pulpa

Una fractura que involucra esmalte, dentina y cemento con pérdida de estructura dental y exposición de la pulpa.

FACTURAS RADICULARES

¹Fractura de la raíz

Una fractura confinada a la raíz del diente con cemento, dentina y pulpa. Las fracturas de la raíz se pueden clasificar además si el fragmento coronal está desplazado (ver lesiones por luxación).

¹Fractura alveolar

Una fractura del proceso alveolar que puede o no implicar la cavidad del hueso alveolar.

Los dientes asociados con las fracturas alveolares se caracterizan por la movilidad del proceso alveolar; Normalmente varios dientes se moverán como una unidad cuando se comprueba la movilidad. La interferencia oclusal suele estar presente.

TRATAMIENTO EN DIENTES PRIMARIOS

¹TRATAMIENTO EN LUXACIONES

Concusión y subluxación:

Las acciones a seguir son:

- a) Controlar el diente clínica y radiográficamente por uno o dos meses.
- b) Realizar seguimiento durante un año.

¹Extrusión:

El tratamiento de elección suele ser la extracción del diente, aunque en ocasiones puede reposicionarse éste, si el intervalo de tiempo transcurrido entre el trauma y la reposición es corto, si el ápice se encuentra abierto, o bien, si el ápice no está muy próximo al diente permanente.

¹Luxación lateral:

En la mayoría de los dientes luxados la corona se desplaza hacia la zona palatina y el ápice hacia la región labial. Esto implica que el ápice se desplaza lejos del germen del permanente; por lo tanto, puede dejarse que se repositone espontáneamente, siempre y cuando no interfiera con la oclusión.

TRATAMIENTOS EN FRACTURAS CORONARIAS

¹Infracción del esmalte:

Control radiográfico a las seis semanas.

¹Fractura de esmalte y esmalte-dentina:

Según las estructuras involucradas, éstas pueden o no como tratarse. En caso de hacerlo, se hace un desgaste selectivo o una restauración con resina compuesta.

¹Fracturas de esmalte y dentina con exposición pulpar.

Si el paciente es cooperador y queda suficiente raíz, puede hacerse recubrimiento directo o pulpotomía; en ocasiones, es necesario realizar la extracción. Alternativas para el tratamiento de fracturas complicadas. Pulpotomía parcial: Indicada cuando hay exposición pulpar pequeña y el ápice está abierto. Pulpotomía con formocresol y ZOE: En dientes vitales, cuando no ha comenzado la resorción o ésta aún es inicial. Pulpectomía con ZOE o hidróxido de calcio: En dientes no vitales que no han comenzado la resorción o ésta aún es mínima. Extracción: Cuando existe un estado de resorción radicular avanzado o un involucramiento del germen permanente.

DIAGNOSTICOS EN DIENTES PRIMARIOS

¹Concusión

Señales visuales no se presenta desplazamiento. Prueba de movilidad no hay mayor movilidad. Prueba de sensibilidad a la pulpa no es confiable en los dientes primarios. Resultados inconsistentes.

Hallazgos radiográficos no hay anomalías radiográficas. Espacio periodontal normal. Se recomienda una exposición oclusal para detectar posibles signos de desplazamiento o la presencia de una fractura radicular.

¹Subluxación

No se necesita tratamiento. Observación.

Comida blanda por 1 semana.

Una buena cicatrización después de una lesión en los dientes y tejidos orales depende, en parte, de una buena higiene bucal. Cepíllese con un cepillo suave

después de cada comida y aplique clorhexidina 0,1% por vía tópica a la zona afectada con hisopos de algodón dos veces al día durante 1 semana.

¹Extrusión

Señales visuales parece alargado. Prueba de percusión ternura a la percusión. Prueba de movilidad excesivamente móvil. Prueba de sensibilidad resultados inconsistentes. No es confiable en los dientes primarios.

Hallazgos radiográficos aumento del espacio del ligamento periodontal apicalmente. Se recomienda una exposición oclusal para evaluar el tamaño del desplazamiento y descartar la presencia de una fractura radicular.

¹Luxación lateral

Señales visuales desplazados, generalmente en una dirección palatal / lingual o labial. Prueba de percusión generalmente da un alto sonido metálico (a). Prueba de movilidad normalmente no móvil. Prueba de sensibilidad no es confiable en los dientes primarios. Resultados inconsistentes.

Hallazgos radiográficos el aumento del espacio del ligamento periodontal apicalmente se observa mejor en la exposición oclusal. Una exposición oclusal puede mostrar a veces la posición del diente desplazado y su relación con el sucesor permanente.

¹Intrusión

Señales visuales el diente se desplaza axialmente hacia el hueso alveolar y frecuentemente penetra en la placa del hueso labial donde puede ser palpado.

Prueba de percusión la prueba suele dar un alto sonido metálico (ankylosis). Sin embargo, en casos de intrusión severa la prueba no siempre será posible de realizar.

Prueba de movilidad el diente no es móvil.

Prueba de sensibilidad no es confiable en los dientes primarios. Resultados inconsistentes.

Hallazgos radiográficos cuando el ápice se desplaza hacia o a través de la placa ósea labial, la punta apical puede ser visualizada y parece más corta que el diente

contralateral no afectado y cuando el ápice se desplaza hacia el germen dental permanente, la punta apical no puede visualizarse y el diente parece alargado. Una exposición oclusal o periapical mostrará normalmente la posición del diente desplazado y su relación con el sucesor permanente

¹Avulsión

Señales visuales el diente se retira de su zócalo.

Hallazgos radiográficos el zócalo alveolar estará vacío. Si el diente avulsionado no está presente, un examen radiográfico es esencial para asegurar que el diente que falta no es instruido. Se recomienda una exposición oclusal para detectar la presencia de fragmentos de raíz y para asegurarse de que el diente que falta no es instruido.

¹Infracción

Señales visuales presenta una línea de fractura visible en la superficie del diente.

Prueba de movilidad normal. Prueba de pulpa de sensibilidad no es confiable en los dientes primarios. Resultados inconsistentes.

Hallazgos radiográficos no hay anomalías.

¹Fractura del esmalte

Señales visuales pérdida visible del esmalte. No hay signo visible de la dentina expuesta. Prueba de movilidad normal. Prueba de pulpa de sensibilidad no es confiable en los dientes primarios. Resultados inconsistentes.

Hallazgos radiográficos la pérdida del esmalte es visible.

Señales visuales pérdida visible de esmalte y dentina. No hay signos visibles de tejido pulpar expuesto.

Prueba de movilidad normal. Prueba de pulpa de sensibilidad no es confiable en los dientes primarios. Resultados inconsistentes.

Hallazgos radiográficos la pérdida de esmalte-dentina es visible. La distancia entre la fractura y la cámara pulpar puede ser evaluada.

¹Fractura esmalte-dentina-pulpa

Señales visuales pérdida visible de esmalte y dentina y tejido pulpar expuesto.

Prueba de movilidad normal.

Prueba de sensibilidad no es confiable en los dientes primarios. Resultados inconsistentes.

Hallazgos radiográficos la pérdida de sustancia dental es visible. Se recomienda una exposición oclusal para detectar posibles signos de desplazamiento o la presencia de una fractura radicular.

¹Fractura de la raíz de la corona con afectación de la pulpa

Señales visuales fractura de la corona que se extiende por debajo del margen gingival. La corona se divide en dos o más fragmentos, uno de los cuales es móvil. Prueba de movilidad al menos un fragmento coronal es móvil. Debido a la movilidad durante la masticación puede haber dolor transitorio.

Prueba de pulpa de sensibilidad no es confiable en los dientes primarios. Resultados inconsistentes.

Hallazgos radiográficos la extensión apical de la fractura usualmente no es visible. En las fracturas situadas lateralmente, se puede observar la extensión en relación con el margen gingival. Se recomienda una exposición oclusal.

TRATAMIENTOS DE FRACTURAS RADICULARES

Los dientes primarios con fracturas radicales, sin dislocación, deben preservarse y puede anticiparse una exfoliación normal.

¹Fractura de la raíz de la corona sin afectación de la pulpa

Sólo la eliminación de fragmentos, sii la fractura implica sólo una pequeña parte de la raíz y el fragmento estable es lo suficientemente grande para permitir la restauración coronal, retire el fragmento móvil. Extracción en todos los demás casos.

¹Fractura de la raíz de la corona con afectación de la pulpa

La eliminación de fragmentos sólo si la fractura implica sólo una pequeña parte de la raíz y el fragmento estable es lo suficientemente grande para permitir la restauración coronal. Extracción en todos los demás casos.

¹Fractura de la raíz

Si el fragmento coronal no está desplazado, no se requiere tratamiento. Extracción. Si se desplaza el fragmento coronal, se puede considerar el reposicionamiento y la férula. De lo contrario, extraiga sólo ese fragmento. El fragmento apical debe dejarse reabsorbido.

¹Fractura alveolar

Reposicionamiento manual o reposicionamiento mediante fórceps del segmento desplazado. Generalmente se indica la anestesia general. Estabilizar el segmento con férulas flexibles durante 4 semanas. Controle los dientes en la línea de fractura.

DIENTES PERMANENTES

¹Concusión

Una lesión en las estructuras de soporte de dientes sin mayor movilidad o desplazamiento del diente, pero con dolor a la percusión.

¹Subluxación

Una lesión de las estructuras de soporte de los dientes que resulta en una mayor movilidad, pero sin desplazamiento del diente. El sangrado del surco gingival confirma el diagnóstico.

¹Extrusión

Desplazamiento parcial del diente fuera de su zócalo.

Una lesión del diente caracterizada por la separación parcial o total del ligamento periodontal que resulta en aflojamiento y desplazamiento del diente. El hueso de la cavidad alveolar está intacto en una lesión por extrusión en oposición a una lesión de luxación lateral. Además del desplazamiento axial, el diente tendrá normalmente un elemento de protrusión o retrusión. En lesiones severas por extrusión, el elemento retrusión / protrusión puede ser muy pronunciado. En algunos casos puede ser más pronunciado que el elemento extrusivo.

¹Luxación lateral

Desplazamiento del diente distinto al axial. El desplazamiento se acompaña de trituración o fractura del hueso alveolar labial o lingual.

Las lesiones de luxación lateral, similares a las lesiones por extrusión, se caracterizan por separación parcial o total del ligamento periodontal. Sin embargo, las luxaciones laterales se complican por fractura del hueso alveolar labial o palatal / lingual y una zona de compresión en el área cervical ya veces la apical. Si ambos lados de la cavidad alveolar han sido fracturados, la lesión debe clasificarse como una fractura alveolar (las fracturas alveolares rara vez afectan sólo un solo diente). En la mayoría de los casos de luxación lateral el vértice del diente ha sido forzado en el hueso por el desplazamiento, y el diente es con frecuencia no móvil.

¹Intrusión

Desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se acompaña de trituración o fractura de la cavidad alveolar.

¹Avulsión

El diente está completamente desplazado fuera de su alveolo. Clínicamente el zócalo se encuentra vacío o lleno de un coágulo.

¹Infracción

Fractura incompleta (grieta) del esmalte sin pérdida de estructura dental.

¹Fractura del esmalte

Una fractura confinada al esmalte con pérdida de estructura dental.

¹Fractura esmalte-dentina

Una fractura que implica esmalte, dentina y cemento con pérdida de estructura dental, pero sin exponer la pulpa.

¹Fractura esmalte-dentina-pulpa

Una fractura que involucra esmalte y dentina con pérdida de estructura dental y exposición de la pulpa.

¹Fractura de la raíz de la corona sin afectación de la pulpa

Una fractura que involucra esmalte, dentina y cemento con pérdida de estructura dental, pero sin implicar la pulpa.

¹Fractura de la raíz de la corona con afectación de la pulpa

Una fractura que involucra esmalte, dentina y cemento con pérdida de estructura dental y exposición de la pulpa.

¹Fractura de la raíz

Una fractura confinada a la raíz del diente con cemento, dentina y pulpa. Las fracturas de la raíz se pueden clasificar además si el fragmento coronal está desplazado (ver lesiones por luxación).

¹Fractura alveolar

Una fractura del proceso alveolar; Puede o no implicar la toma alveolar.

Los dientes asociados con las fracturas alveolares se caracterizan por la movilidad del proceso alveolar; Varios dientes normalmente se moverán como una unidad cuando se comprueba la movilidad. La interferencia oclusal suele estar presente.

1.4 MATERIALES Y MÉTODOS

1.4.1 MATERIALES

Se realizó un estudio descriptivo de cohorte transversal, con una población que abarcaba todos los estudiantes que cursan el área clínica integral del adulto y escolar de la Clínica Odontológica Cartagena de Indias, con una muestra por conveniencia no probabilístico, que se limitaba a todos los estudiantes que cursan los semestres comprendidos entre IX y X de área clínica integral del adulto y escolar de la Clínica Odontológica Cartagena de Indias en el periodo I de 2018.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los estudiantes que cursan el área en la Clínica integral del adulto y el escolar en los semestres comprendidos de IX a X en la Clínica Odontológica Cartagena de Indias en el periodo de 2018-I

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron los estudiantes que decidan no participar en dicho proyecto en la Clínica Odontológica Cartagena de Indias en el periodo I de 2018.

Estudiantes de I a VIII semestre de la Escuela de Odontología de la Universidad Del Sinú en el periodo I de 2018.

VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICE E INDICADORES
Sexo	Condición anatómica y fisiológica que distingue al hombre de la mujer	Nominal	Femenino y masculino

Edad	Número de años vividos por el sujeto en cuestión	Discreta	Jovenes 20-28 años
Semestre	Semestre en que se encuentra el estudiante incluido en la muestra	Nominal	Noveno Decimo
Conocimientos	Capacidad del ser humano para aprender y almacenar la información	Nominal	Si tiene conocimiento No tiene conocimiento
Actitud	Designa la forma en como el ser humano actúa ante una situación	Nominal	Positiva o Negativa
Practica	Acción que se desarrolla aplicando los conocimientos de manera habitual	Nominal	Si tiene habilidad de realizar la practica No tiene habilidad para realizar la practica

1.4.2 METODOLOGÍA

En la realización del instrumento, fueron colocadas las variables sociodemográficas (edad, sexo, semestre), preguntas de conocimiento y actitudes de selección múltiple con única respuesta, información que fue extraída de la guía de trauma llamada THE DENTAL TRAUMA GUIDE. Su calibración fue realizada por un experto en la temática, dándole validez.

El cuestionario constaba de 27 preguntas, 5 destinadas a evaluar el nivel de conocimientos y 18 el nivel de actitudes formuladas en forma de casos clínicos tanto para dientes temporales como para dientes permanentes para ser aplicada en los estudiantes de último año; para la cual se establecieron indicadores en su calificación, teniendo en cuenta las respuestas correctas en conocimientos (bajo 0-2 moderado 3 -4 y alto 5) y en actitudes (deficiente 1-6 aceptable 7 - 12 y bueno 13-18).

Se realizó prueba piloto en 3 estudiantes de decimo semestre en el año 2017 periodo II, que fueron seleccionados aleatoriamente. Posteriormente en el periodo I del 2018 fue aplicado el instrumento.

Los datos fueron tabulados en una matriz de Excel (versión 2010), se realizó análisis de los datos en el software STRATGRAPHICS mediante pruebas estadísticas (frecuencia y porcentajes asumiendo los intervalos de confianza de 95%), luego se estableció asociación entre las variables utilizando la prueba de X^2 asumiendo un límite de significancia de 0,05.

1.5 DESARROLLO DEL PROYECTO

El abordaje del presente trabajo propició generar inquietudes para la indagar sobre los conocimientos y actitudes de los estudiantes de odontología de último año de la universidad del Sinu acerca de trauma dental.

En aras de afianzar el conocimiento y las actitudes de los estudiantes es importante destacar la metodología de implementación, dotándolo de herramientas adecuadas de aprendizajes a través de las clases magistrales, estudios de casos y práctica clínica, con las que el estudiante se sienta capaz y seguro al dar un diagnóstico acertado y por ende el mejor tratamiento.

Los resultados de estudio acerca de subluxación evidencian que solo un poco más de la mitad de los estudiantes tienen las actitudes adecuadas para el manejo de dicho trauma, situación que al confrontarse con los hallazgos de los estudios realizados por Durante L en 2010., Eraso N et al EN 2011 y Avila C EN 2012 quienes manifiestan que la subluxación y la avulsión es el tipo de trauma más frecuente, hace necesaria la intervención de esta temática en tal sentido.

En términos generales los resultados del estudio evidenciaron que los niveles de conocimiento de los estudiantes acerca de trauma dentoalveolar es bajo, con el 61,7%. Difieren del estudio realizado por Lora et al en 2015 (Cartagena-Colombia) donde los resultados obtenidos se traducen en niveles aceptables de conocimiento representados en un 64,4%. Por otra parte muestran niveles similares de actitudes en ambos estudios puesto que el estudio muestra niveles deficientes con 67,65% de los estudiantes y en el estudio de Lora et al. desfavorable 82,2%

En resultados arrojados por el estudio de Arabia Saudita Al-Shamiri et al en 2015 sobre trauma dentoalveolar en estudiantes de odontología se evidenció falta de

conocimientos y actitudes, los que se semeja con los resultados bajos y deficientes de éste estudio.

1.5.1 ANÁLISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

Un total de 34 estudiantes constituyeron la población de estudio, donde un poco más de la mitad de los participantes fueron de sexo masculino, y más de la mitad cursan noveno semestre.

Tabla 1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEMESTRE		
Noveno	19	55,88
Decimo	15	44,12
SEXO		
Masculino	18	52,94
Femenino	16	47

La edad promedio de los estudiantes de odontología de ultimo año fue de 23,79, con una desviación estándar de 2,6.

TABLA 2. EDADES

Recuento	34
Promedio	23,7941
Desviación Estándar	2,60279
Coefficiente de Variación	10,9388%
Mínimo	20,0
Máximo	34,0
Rango	14,0
Sesgo Estandarizado	4,74391

Curtosis Estandarizada	7,40345
------------------------	---------

Los niveles de actitudes que se evidenciaron fueron deficientes en más del 70% en traumas como subluxación, tratamiento de fractura radicular, luxación extrusiva, luxación lateral y fractura alveolar

TABLA 3.

Preguntas relacionadas con actitud	frecuencia	(%)
P1: Actitud sobre subluxación		
Correcto	20	58,82
Incorrecto	14	41,18
P3: Actitud sobre tratamiento de fractura radicular		
Correcto	7	20,59
Incorrecto	27	79,41
P4: Actitud sobre avulsión		
Correcto	7	20,59
Incorrecto	27	79,41
P6: Actitud sobre fractura coronal		
Correcto	13	38,24
Incorrecto	21	61,76
P7: Actitud sobre traumatismo intrusivo		
Correcto	13	38,24
Incorrecto	21	61,76
P8: Actitud sobre luxación extrusiva		
Correcto	16	47,06
Incorrecto	18	52,94
P9: Actitud sobre tratamiento de luxación extrusiva		
Correcto	3	08,82
Incorrecto	31	91,18
P10: Actitud luxación intrusiva		
Correcto	12	35,29
Incorrecto	22	64,71
P12: Actitud luxación extrusiva		
Correcto	16	47,06
Incorrecto	18	52,94
P13: actitud y tratamiento de luxación extrusiva		
Correcto	3	08,82
Incorrecto	31	91,18
P14: Actitud sobre trauma		
Correcto	7	20,59
Incorrecto	27	79,41
P15: Actitud sobre fractura coronal		
Correcto	10	29,41
Incorrecto	24	70,59
P18: Actitud sobre infracción		
Correcto	20	58,82

Incorrecto	14	41,18
P19: Actitud sobre avulsion		
Correcto	13	38,24
Incorrecto	21	61,76
P20: Actitud sobre tratamiento de avulsion		
Correcto	14	41,18
Incorrecto	20	58,82
P21: Actitud sobre fractura alveolar		
Correcto	9	26,47
Incorrecto	25	73,53
P22: Actitud sobre luxación lateral		
Correcto	5	14,71
Incorrecto	29	85,29
P23: Actitudes sobre tratamiento con apexificación		
Correcto	5	14,71
Incorrecto	29	85,29

En cuanto a los conocimientos en lesiones de trauma dentoalveolar se evidencia niveles bajos con más del 50% en conocimientos acerca de infracción, subluxación e intrusión.

TABLA 4.

Preguntas relacionadas con conocimiento	Frecuencia	(%)
P2 :conocimiento de fractura coronal		
Correcto	22	64,71
Incorrecto	12	35,29
P5: conocimiento sobre infracción		
Correcto	15	44,12
Incorrecto	19	55,88
P11: conocimiento sobre concusión		
Correcto	17	50
Incorrecto	17	50
P16: conocimientos sobre subluxación		
Correcto	10	29,41
Incorrecto	24	70,59

P17:conocimiento sobre intrusion		
Correcto	15	44,12
Incorrecto	19	55,88

El nivel de conocimiento en los estudiantes de odontología a cerca de trauma dentoalveolar es bajo con un 61,76%

TABLA 5. NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL

<i>Nivel de conocimiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Bajo	21	61,76
Moderado	11	32,35
Alto	2	5,88

El nivel de actitudes evidenciados en el estudio es deficiente con 67,65%

TABLA6.TIPO DE ACTITUDES

<i>Tipo de actitud</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Deficientes	23	67,65
Aceptables	11	32,35

Al relacionar las variables sociodemográficas con los conocimientos y actitudes podemos evidenciar que no existe significancia entre las variables.

TABLA 7. Relación de variables demográficas con nivel de conocimientos y actitudes

	Valores de p
Sexo y nivel de conocimiento	P=0,54
Sexo y actitudes	P=0,75
Semestre y conocimiento	P=0,25
Semestre y actitudes	P=0,52
Ningun p valor con significancia estadística	

1.7 CONCLUSIONES

Los estudiantes considerados como muestras del estudio poseen conocimientos bajos y actitudes deficientes en lo que respecta al tema de interés, lo que muestra la poca preparación de los estudiantes para ser futuros profesionales. Se podría pensar por los reportes de la literatura que los estudiantes de último año de odontología, por haber cursado la asignatura relacionada con el tema en estudio, deberían mostrar conocimientos altos; sin embargo, la evidencia muestra que el nivel de conocimiento reflejado por los estudiantes es bajo; por otra parte, no existe una correlación significativa entre las variables sociodemográficas y las actitudes, lo que puede ser atribuible a la no existencia de un espacio para la atención de urgencias odontológicas, lo que limita el desarrollo adecuado de las actitudes respaldadas por la práctica de los estudiantes.

1.8 RECOMENDACIONES

Al obtener niveles tan bajos en conocimientos y deficientes en actitudes nos muestra que se requiere el diseño y ejecución de estrategias orientadas a la apertura de espacios de prácticas de urgencias para los estudiantes de odontología de último año en las clínicas y unidades odontológicas, en aras de una adecuada formación y desarrollo de las competencias profesionales en la disciplina con el fin de tener a los estudiantes próximos a graduarse con la mejor preparación en este problema de salud pública odontológica.

1.9 BIBLIOGRAFÍA

¹Andreasen J, Ahrensburg Christensen S, *Lauridsen E*, Gerds T, *Hansen F*, Andersson L, Bakland L, Flores M, Duggal M, Day P, 2005, Dental Trauma Guide, evidence based treatment guide, Recuperation <https://dentaltraumaguide.org>

¹Borum MK, Andreasen JO. Sequelae of trauma to primary maxillary incisors. I. Complications in the primary dentition. *Endod Dent Traumatol* 1998;114:31-44.

²Flores MT. Traumatic injuries in the primary dentition. Review. *Dent Traumatol* 2002;18:287-98.

³Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, Cavalleri G, Cohenca N, Day P, Hicks ML, Malmgren O, Moule AJ, Onetto J, Tsukiboshi M. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol* 2012;28:174-82.

⁴Hermann NV, Lauridsen E, Ahrensburg SS, Gerds TA, Andreasen JO. Periodontal healing complications following concussion and subluxation injuries in the permanent dentition. A longitudinal cohort study. *Dent Traumatol* 2012;28:386-93.

⁴Andreasen FM, Vestergaard Pedersen B. Prognosis of luxated permanent teeth – the development of pulp necrosis. *Endod Dent Traumatol* 1985;1:207-20.

⁵Ravn JJ. Follow-up study of permanent incisors with enamel cracks as a result of an acute trauma. *Scand J Dent Res* 1981;89:117-23.

⁶Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, Andersson L, Bourguignon C, Flores MT, Hicks ML, Lenzi AR, Malmgren B, Moule AJ, Pohl Y, Tsukiboshi M. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol* 2012;28:66-71. Erratum in *Dent Traumatol* 2012;28:499.

⁷Moorrees CF, Fanning EA, Hunt EE. Age variation of formation stages for ten permanent teeth. *J Dent Res* 1963;42:1490-502.

⁸Andreasen JO, Andreasen FM, Bakland LK, Flores MT. Concussion. *Traumatic Dental Injuries. A Manual*. Oxford: Blackwell/Munksgaard Publishing Company. 2003, 38-9.

⁹Andreasen FM, Andreasen JO. Concussion and subluxation. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, (eds.). Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth (4th ed.). Oxford, Blackwell 2007, 404-10.

¹⁰Stålhane I, Hedegård B. Traumatized permanent teeth in children aged 7–15 years. Part II. *Swed Dent J* 1975;68:157-69.

¹¹Ravn JJ. Follow-up study of permanent incisors with enamel cracks as a result of an acute trauma. *Scand J Dent Res* 1981;89:213-7.

¹²Moorrees CF, Fanning EA, Hunt EE. Age variation of formation stages for ten permanent teeth. *J Dent Res* 1963;42:1490-502.

¹³Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, Andersson L, Bourguignon C, Flores MT, Hicks ML, Lenzi AR, Malmgren B, Moule AJ, Pohl Y, Tsukiboshi M. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol* 2012;28:66-71. Erratum in *Dent Traumatol* 2012;28:499.

¹⁴Andreasen FM, Andreasen JO. Crown fractures. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, (eds.). Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth (4th ed.). Oxford, Blackwell 2007, 280-305.

¹⁵DiAngelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M. International Association of Dental Traumatology

¹⁶Andreasen FM, Vestergaard Pedersen B. Prognosis of luxated permanent teeth – the development of pulp necrosis. *Endod Dent Traumatol* 1985;1:207-20.

¹⁷Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, Andersson L, Bourguignon C, Flores MT, Hicks ML, Lenzi AR, Malmgren B, Moule AJ, Pohl Y, Tsukiboshi M. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol* 2012;28:66-71. Erratum in *Dent Traumatol* 2012;28:499.

¹⁸Moorrees CF, Fanning EA, Hunt EE. Age variation of formation stages for ten permanent teeth. *J Dent Res* 1963;42:1490-502.

¹⁹Andreasen JO, Andreasen FM, Bakland LK, Flores MT. Subluxation. Traumatic Dental Injuries. A Manual. Oxford: Blackwell/Munksgaard Publishing Company. 2003, 40-1.

²⁰Andreasen FM, Andreasen JO. Concussion and subluxation. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, (eds.). Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth (4th ed.). Oxford, Blackwell 2007, 404-10.

²¹Lauridsen E, Hermann N, Gerds TA, Ahrensburg SS, Kreiborg S, Andreasen JO. Dental Trauma. Combination injuries 2. The risk of pulp necrosis in permanent teeth with subluxation injuries and concomitant crown fractures. *Dent Traumatol* 2012;28:371-8.

²²Hermann NV, Lauridsen E, Ahrensburg SS, Gerds TA, Andreasen JO. Periodontal healing complications following concussion and subluxation injuries in the permanent dentition. A longitudinal cohort study. *Dent Traumatol* 2012;28:386-93.

²³DiAngelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol* 2012;28:2-12.

²⁴DIVYA CHANDUKUTTY¹, FAIZAL C PEEDIKAYIL², CHANDRU T PREMKUMAR³, DHANESH NARASIMHAN⁴ DEEPAK JOSE Awareness of Dental Trauma Management among School Teachers of Kannur, Kerala, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017 Feb, Vol-11(2): ZC08-ZC128 8

²⁵John W & Sons Ltd. Trends and associated factors in prevalence of dental trauma in Latin America and Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *Dental trauma prevalence: a systematic review*. 2014; 42; 30–42