

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**

**FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD SOBRE EL  
TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR EN PARTICIPANTES DE  
POSGRADO DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA  
VEGA, AÑO 2018**

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

**AUTOR**

**BACHILLER: LICITO UNTIVEROS, JESSICA KARILYN**

**ASESOR**

**Mg. CD. Esp. María Dalby Morla**

**LIMA – PERÚ**

**2023**

# Evaluación Turnitin (29-10-22)

## INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.uigv.edu.pe">repositorio.uigv.edu.pe</a> Fuente de Internet	7%
2	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="https://repository.usta.edu.co">repository.usta.edu.co</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="https://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="https://revistas.ucc.edu.co">revistas.ucc.edu.co</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://www.dspace.uce.edu.ec">www.dspace.uce.edu.ec</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="https://repositorio.uandina.edu.pe">repositorio.uandina.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="https://core.ac.uk">core.ac.uk</a> Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Del Magdalena Trabajo del estudiante	<1%

*A Dios por darme la vida y salud para lograr mis objetivos, además de infinita bondad y amor.*

*A mis padres, pero sobre todo a mi madre que siempre me impulso a salir adelante con su amor y confianza.*

*A toda mi familia por su apoyo en este caminar y me animaron en todo momento.*

## **AGRADECIMIENTO**

Al terminar el presente de estudio de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, por qué hiciste realidad este sueño anhelado.

A Mg. CD. Esp. María Dalby Morla, por el apoyo, asesoramiento y confianza que me ha brindado en este tiempo.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo, por su esfuerzo y dedicación, que han sido fundamentales para la elaboración de este proyecto de tesis y para mi formación como investigador.

Al Dr. Freddy Campos Soto, por su predisposición y colaboración en realizar la parte estadística con gran profesionalismo.

A todos ellos mi gratitud.

## ÍNDICE DE TABLAS

N°01. Distribución de los participantes según género .....	42
N°02. Distribución de los participantes según edad .....	43
N°03. Nivel de conocimiento y la actitud sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar en los participantes de posgrado .....	44
N°04. Nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente casos clínicos .....	45
N°05. Nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado .....	46
N°06. Nivel del manejo en consulta de los traumatismos dentales .....	47
N°07. Actitud que tienen los participantes de posgrado respecto a traumatismos dentoalveolares .....	48
N°08. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto a traumatismos dentoalveolares .....	49

## ÍNDICE DE FIGURAS

N°01. Distribución de los participantes según género .....	42
N°02. Distribución de los participantes según edad .....	43
N°03. Nivel de conocimiento y la actitud sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar en los participantes de posgrado .....	44
N°04. Nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente casos clínicos .....	45
N°05. Nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado .....	46
N°06. Nivel del manejo en consulta de los traumatismos dentales .....	47
N°07. Actitud que tienen los participantes de posgrado respecto a traumatismos dentoalveolares .....	48
N°08. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto a traumatismos dentoalveolares .....	49

## ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Índice de tablas	
Índice de figuras	
Índice general	
Resumen	
Abstract	
Introducción	
<b>CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Identificación y formulación del problema	2
1.2.1 Problema general	2
1.2.1 Problemas específicos	2
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación y viabilidad de la investigación	3
1.5 Delimitación de la investigación	4
1.6 Limitaciones de la investigación	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.1.1 Nacionales	6
2.1.2 Internacionales	7
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Formulación de hipótesis	35
2.3.1 Hipótesis general	35
2.4 Operacionalización de variables e indicadores	36
2.5 Definición de términos básicos	37

<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b> .....	<b>38</b>
3.1 Tipo y nivel de investigación .....	38
3.2 Diseño de la investigación.....	38
3.3 Población y muestra de la investigación .....	38
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
3.5 Técnicas para el procesamiento de datos.....	41
3.6 Aspectos éticos .....	41
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
4.1 Presentación de resultados.....	42
4.2 Contratación de hipótesis .....	50
4.3 Discusión de resultados .....	51
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>55</b>
5.1 Conclusiones.....	55
5.1 Recomendaciones.....	56
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>71</b>
Anexo N°01: Instrumento de recolección de datos .....	72
Anexo N°02: Consentimiento informado .....	78
Anexo N°03: Autorización y declaración jurada de autor y originalidad .....	79
Anexo N°04: Informe Turnitin .....	80
Anexo N°05: Matriz de operacionalización de las variables.....	81
Anexo N°06: Matriz de de consistencia.....	82

## RESUMEN

El propósito que se tuvo al desarrollar la investigación fue determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar en los alumnos participantes de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018. La metodología empleada fue de diseño descriptivo, el tipo de investigación fue transversal, prospectivo y observacional; y de enfoque cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 69 participantes de posgrado de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, que fueron seleccionados en forma no aleatoria por conveniencia. El procesamiento de datos fue utilizando el programa Microsoft Excel y el programa estadístico SPSS versión 22.0. En los resultados se apreció que en mayoría en un 68.1% el nivel de conocimiento es de Medio y de Bajo en un 31.9% y en mayoría la actitud de los participantes es Favorable en un 88.4% y No favorable en un 11.6%. Además, en el análisis correlacional se observó que no existe relación entre el conocimiento y la actitud sobre el manejo de las lesiones dentoalveolares en los participantes, ( $p>0.05$ ). Se concluye que el nivel de conocimiento de los participantes es de Medio y una actitud Favorable.

### **Palabras clave**

Conocimiento. Actitud. Traumatismo de los dientes. Alvéolo Dental. (DeCS)

## **ABSTRACT**

The aim of developing the research was to determine the level of knowledge and attitude regarding the stomatological management of dentoalveolar trauma in the participating postgraduate students of the Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018. The methodology used was descriptive in design. The type of research was transversal, prospective and observational; and quantitative approach. The sample consisted of 69 postgraduate participants from the Faculty of Stomatology of the Inca Garcilaso de la Vega University, who were selected non-randomly for convenience. Data processing was using the Microsoft Excel program and the SPSS statistical program version 22.0. The results showed that in the majority, 68.1%, the level of knowledge is Medium and Low in 31.9% and in the majority the attitude of the participants is Favorable in 88.4% and Not favorable in 11.6%. Furthermore, in the correlational analysis it was observed that there is no relationship between knowledge and attitude regarding the management of dentoalveolar lesions in the participants ( $p>0.05$ ). It is concluded that the level of knowledge of the participants is Medium and a Favorable attitude.

### **Keywords**

Knowledge. Attitude. Tooth Injuries. Tooth Socket. (MeSH)

## INTRODUCCIÓN

El traumatismo o lesiones dentoalveolares (TDA, siglas en inglés) comprende un amplio espectro de lesiones,<sup>1</sup> presentes con frecuencia en el servicio odontológico de urgencias,<sup>2</sup> que involucran o afectan a los dientes, tejido de sostén, los procesos alveolares o las paredes alveolares del maxilar y/o mandíbula, y tejidos blandos periféricos.<sup>3,4</sup> Debido a que estas lesiones ocurren comúnmente en la población pediátrica, adolescente y adulta,<sup>1</sup> tiene una influencia en la morbilidad de la dentición temporal y permanente;<sup>2</sup> asimismo, estas afecciones pueden causar problemas funcionales, psicológicos, sociales, estéticos y terapéuticos, tanto en el momento del percance como posteriormente durante el tratamiento.<sup>5</sup>

Es importante, identificar el nivel de conocimiento y las actitudes frente a estas afecciones por parte del profesional, debido a que estas lesiones son muy prevalentes en niños, adolescentes y adultos,<sup>6,7</sup> además del impacto que tienen sobre el bienestar general y en la calidad de vida de las personas.<sup>8,9</sup>

Por otra parte, debido a que los traumatismos dentoalveolares son eventos frecuentes, son considerados un problema de salud pública mundial.<sup>10</sup> Es por ello, que los odontólogos en el ejercicio de su profesión deben contar con la suficiente y actualizada teoría y práctica referente a los traumatismos dentoalveolares, dado a su impacto negativo en el ámbito funcional, estético, psicológico, social y económico de las personas.<sup>11</sup>

Por tal motivo, es conveniente identificar en los cirujanos dentistas que cursan estudios en el Posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, el conocimiento y la actitud respecto a las lesiones dentoalveolares, con el propósito final de que en su práctica profesional realicen un diagnóstico correcto, conllevando a un manejo terapéutico adecuado, y por último acarree un buen pronóstico.

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

Como se mencionó anteriormente los traumatismos dentoalveolares (TDA) son eventos que se dan con frecuencia, <sup>10</sup> pues agrupa un conjunto de lesiones traumáticas que comprometen la integridad dental y los tejidos de sostén asociados como consecuencia de una liberación de energía sobre los mismos, siendo causal un golpe de energía media o alta.<sup>12</sup> Si bien la incidencia y prevalencia de los TDA son difíciles de determinar, pues a menudo se tratan en los consultorios y en gran medida no se reportan,<sup>13</sup> estudios sustentan su alta prevalencia a nivel mundial,<sup>14,15,16</sup> ello ha conllevado a ser valoradas como un problema global de salud pública,<sup>10</sup> además de ser la segunda causa de atención odontológica y pediátrica después de la caries; y la cual está en un aumento progresivo en los últimos años como consecuencia de los cambios de la vida moderna,<sup>16,17</sup> pudiendo superar los índices de caries y enfermedad periodontal.<sup>18</sup>

Los TDA son considerados un problema prevalente entre la población y puede presentarse a cualquier edad con una amplia gama de lesiones y complicaciones;<sup>19</sup> pudiendo afectar a niños, adolescentes y adultos; no obstante, se cita una mayor prevalencia en la etapa de la infancia (individuos pediátricos). Por otra parte, datos sobre su prevalencia es variante entre los diferentes países,<sup>20</sup> con valores oscilantes entre el 15.3% y el 58.6%;<sup>18</sup> con tasas sugerentes de una mayor afectación en hombres que mujeres;<sup>21</sup> además, su gran variabilidad en la incidencia de los TDA está asociado a factores sociales, culturales, ambientales,<sup>15</sup> biológico (sexo, edad, raza, factor anatómico, condiciones médicas),<sup>13</sup> económico e incluso la variabilidad de la frecuencia puede deberse a la metodología tomada en los estudios.<sup>20</sup>

Los TDA representan un problema estético y funcional, generando un impacto psicológico y social, tanto del paciente afectado como de sus familiares, y por ende afecta la calidad de vida de los mismos.<sup>20,22</sup>

A nivel nacional, los habitantes no están ajenos al padecimiento de los TDA, pues diversas investigaciones poblacionales reportan una alta casuística.<sup>23</sup>

Ante lo anterior mencionado, el propósito del presente estudio fue identificar el grado de conocimiento y las actitudes frente a los traumatismos dentoalveolares, que poseen los cirujanos dentistas que cursan estudios de posgrado en la UIGV.

## **1.2 Identificación y formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es el nivel de conocimiento y la actitud sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar en los alumnos participantes de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018?

### **1.2.2 Problemas específicos**

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente: casos clínicos?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el manejo en consulta de los traumatismos dentales?
4. ¿Cuál es la actitud que tienen los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar?

5. ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar?

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar en los alumnos participantes de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente: casos clínicos.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado.
3. Determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo en consulta de los traumatismos dentales.
4. Determinar la actitud que tienen los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar.
5. Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar.

### **1.4 Justificación y viabilidad**

El estudio se justifica, por ser los traumatismos dentoalveolares (TDA) una de las injurias más prevalentes que trata el odontólogo, por ello el profesional debe tener los conceptos claros sobre estos;<sup>24</sup> asimismo, por ser implicar una situación de urgencia, es imperativo que el profesional considere un enfoque sistemático de evaluación que garantice ser diagnosticadas y tratadas de forma rápida y certera, brindando el mejor pronóstico posible para los

pacientes;<sup>16,19</sup> es así que, es imprescindible que los dentistas tengan un conocimiento y experiencia suficiente que le permita tener la competencia para el manejo terapéutico eficaz, previniendo complicaciones.<sup>25</sup>

El estudio fue viable, porque se desarrolló sin ninguna dificultad en su procesamiento.

## **1.5 Delimitación**

### **– Delimitación espacial**

La investigación fue ejecutada en la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, situada en la avenida Bolívar, Pueblo Libre - Lima.

### **– Delimitación temporal**

El estudio se ejecutó en el año 2018, participando los alumnos de posgrado matriculados en el ciclo académico 2018-II.

### **– Delimitación social**

El estudio fue ejecutado con participantes de posgrado de la UIGV, para identificar el nivel de conocimiento y la actitud que poseen respecto al manejo de traumatismos dentoalveolares, y en base a los resultados, se tomen las medidas adecuadas, para un mejor desenvolvimiento en estos casos, siendo de beneficio a los pacientes.

### **– Delimitación conceptual**

El conocimiento respecto al traumatismo dentoalveolar es el aprendizaje adquirido que posee un individuo respecto a las lesiones dentoalveolares y a su manejo terapéutico. Y, la actitud respecto al traumatismo dentoalveolar es la predisposición evaluativa o afectiva que toma un individuo para responder favorable o desfavorablemente frente a las lesiones dentoalveolares.<sup>26,27</sup>

## **1.6 Limitaciones**

La investigadora no tuvo limitación en el estudio, contó con la participación de los participantes para la ejecución del estudio.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1 Nacionales

Quispe J. (2022) en Cusco, en su estudio con objetivo evaluar el grado de conocimiento sobre los traumatismos dentoalveolares (TDA) en 128 universitarios de odontología del 8<sup>vo</sup>, 9<sup>no</sup> y 10<sup>mo</sup> semestre académico, haciendo uso de un cuestionario específico para la valoración de la variable. Halló que el 39% de la muestra tuvo un nivel bueno de conocimientos sobre los TDA, el 57% un nivel regular y el 4% un nivel malo. Y, según el semestre académico cursado, los universitarios de 9<sup>no</sup> y 10<sup>mo</sup> semestre mostraron un nivel bueno, y los de 8<sup>vo</sup> semestre obtuvieron un nivel regular de conocimiento. Además, según el sexo, tanto hombres como mujeres tuvieron un grado de conocimiento regular. Concluyó que en general el conocimiento sobre los TDA debe reforzarse, por ser en mayoría en un nivel de regular.<sup>28</sup>

Tirado M. (2021) en La Libertad, en su estudio con objetivo determinar el grado de conocimiento sobre el manejo de los traumatismos dentoalveolares (TDA) en 50 dentistas del distrito El Porvenir, para ello empleó un cuestionario virtual específico para evaluación de la variable. Halló que el nivel de conocimiento sobre el manejo de los TDA fue malo en mayoría (94%) y en minoría se encontró un nivel bueno (4%) y regular (2%). Además, halló que el nivel de conocimiento sobre el manejo de los TDA no se relaciona con el tipo de especialidad ( $p=0.202$ ) y el tiempo de ejercicio profesional ( $p=0.870$ ). Concluyó que la mayoría de los dentistas tenían un grado malo de conocimiento sobre el manejo de los TDA.<sup>29</sup>

Juárez V. (2021) en Trujillo, en su estudio con objetivo determinar el conocimiento de 115 universitarios de la carrera de odontología (8<sup>vo</sup>, 9<sup>no</sup>, y

10<sup>mo</sup> ciclo) respecto al manejo de traumatismo dentoalveolares (TDA); para ello usó un cuestionario validado y específico para la valoración de la variable. Halló que ningún universitario tuvo un sobresaliente grado de conocimiento sobre los TDA, pues el 55.7%, 29.6% y 14.8% de los participantes obtuvieron un grado de conocimiento sobre los TDA regular, deficiente y bueno, respectivamente. Según el ciclo cursado, el 32.3% de los universitarios del 10<sup>mo</sup> ciclo obtuvieron un nivel Bueno, en comparación con los otros ciclos; mientras que el ciclo con una mayor deficiencia de conocimiento fueron los de 8<sup>vo</sup> ciclo (44.6%). Respecto al sexo, tanto en hombres como mujeres en mayoría obtuvieron un grado regular de conocimiento (64.3% y 51.9%, respectivamente) y hubo una mayor deficiencia de conocimiento en las mujeres (31%) que los hombres (25%). Concluyó en general que hay una carencia de conocimiento sobre el manejo de los TDA en los futuros dentistas, pues ninguno obtuvo un nivel sobresaliente de conocimiento sobre la gestión de dichas lesiones.<sup>30</sup>

### **2.1.2 Internacionales**

Al-Haj S., Farah R. y Alhariqi S. (2022) en Arabia Saudita, en su estudio con propósito evaluar los conocimientos básicos y las actitudes de 761 universitarios de medicina sobre el manejo de las lesiones dentales traumáticas (TDI) de emergencia, haciendo uso de un cuestionario aceptado para la medición de las variables. Hallaron que los participantes no tienen el conocimiento suficiente sobre la gestión de emergencia de las TDI, sólo el 5.8% afirmó haber recibido información sobre las TDI, hubo un mayor conocimiento en universitarios que estaban listos para graduarse ( $p < 0.05$ ), el 50% de la muestra no pudo diferenciar un diente fracturado deciduo y uno permanente y manejaban un diente deciduo o permanente avulsionado de manera similar. Respecto a las actitudes, el 13.5% se sentía seguro de diagnosticar las TDI y/o brindar atención de emergencia cuando fuera necesario (18.1%), el 9.3% estaba satisfecho con su conocimiento autopercibido y el 71% informó que necesitaba más educación sobre el tema. Concluyeron que los participantes carecían de conocimientos y actitudes adecuados sobre el tratamiento de emergencia de las TDI.<sup>31</sup>

Mahsa D., Fateme M., Mina N. y Amir R. (2022) en Irán, en su estudio con propósito evaluar el conocimiento de 38 dentistas generales (que laboran en Bojnurd) y 22 universitarios de odontología de 6<sup>to</sup> año sobre el manejo de este tipo de lesiones traumáticas (TDI), haciendo uso de un cuestionario específico para la medición de la variable. Hallaron que la puntuación promedio de la muestra respecto al conocimiento de los TDI fue  $8.18 \pm 1.98$  puntos (rango de 5 a 13 puntos); el conocimiento de los dentistas generales sobre el trauma dentoalveolar fue en mayoría moderado (55.7%), bueno (40%) y excelentes (4.3%). No hubo relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre los TDI y la edad ( $p=0.26$ ), género ( $p=0.46$ ), nivel de exposición a la frecuencia de derivación de traumas dentales ( $p=0.61$ ), dentista general/universitario ( $p=0.47$ ), el tipo de universidad de estudio (0.93), deseo de educación ( $p=0.35$ ) y autoevaluación de los dentistas ( $p=0.57$ ). Concluyeron que en mayoría de los participantes tienen un conocimiento moderado sobre los TDI y el tipo de manejo.<sup>32</sup>

Uthman U. (2022) en Arabia Saudita, en su estudio con objetivo evaluar el conocimiento, actitud y práctica (KAP) en 92 universitarios de odontología sobre el manejo de los TDI y comparar el conocimiento según el año de estudio (4<sup>to</sup>, 5<sup>to</sup> e internado) en Al-Kharj, haciendo uso de un cuestionario específico. Hallaron que el 45.7% no conocía ninguna pauta para el manejo de las TDI, el 78.8% del 5<sup>to</sup> año y el 70.8% de internos percibieron que los TDI tienen la prioridad de ser vistos como un caso urgente, en comparación con sólo el 45.7% del 4<sup>to</sup> año, ( $p=0.013$ ). Además, más de la mitad de la muestra informaron no seguir ningún protocolo para las TDI sin diferencias significativas entre los años de estudio; asimismo, el 90.2% indicó que no usa ningún cuadro especial al tratar los TDI, siendo más prevalente en universitarios de 4<sup>to</sup> año (48.6%) e internos (45.8%) en comparación con los de 5<sup>to</sup> año (42.4%), ( $p<0.001$ ). Y, sólo el 40.2% informó haber tratado TDI antes, de los cuales los de 5<sup>to</sup> año eran significativamente más numerosos (48.5%,  $p<0.05$ ) Concluyeron que existe una escasez significativa en el KAP hacia el manejo de TDI en los universitarios participantes.<sup>33</sup>

Madhukant N. y Abbott P. (2022) en Australia, en su estudio con objetivo evaluar el nivel de conocimiento de 180 dentistas sobre el manejo de los TDI, haciendo uso de un cuestionario online basado en las pautas de la Asociación Internacional de Traumatología Dental (IADT). Hallaron que la media global de respuestas correctas fue de  $7.55 \pm 1.91$  puntos, de una puntuación máxima posible de 12 puntos. Además, observaron que el sexo ( $p=0.365$ ), el año estudiado ( $p=0.744$ ), el ser dentista general o especialista ( $p=0.762$ ), el área de práctica profesional principal (como académico, privado, publico, jubilado, otro) ( $p=0.993$ ) o la región trabajada por el profesional (ciudad o región) ( $p=0.801$ ) no afectaron significativamente las puntuaciones medias. Sin embargo, un mayor conocimiento de las directrices IADT se asoció con el número de casos de trauma tratados en los 12 últimos meses anteriores ( $p=0.035$ ) y el conocimiento autoinformado por los dentistas ( $p<0.05$ ). Concluyeron que el conocimiento general de los dentistas australianos sobre los TDI fue en general bueno, pero también deficientes en algunas áreas.<sup>34</sup>

Ustun N. y Ustun O. (2021) en Turquía, en su estudio con propósito investigar las actitudes y conocimientos de 128 otorrinolaringólogos (de 15 diferentes hospitales públicos y privados) respecto al manejo de los traumatismos dentales (DT), haciendo usó de un cuestionario validado. Hallaron que el 96.9% de los profesionales ha experimentado al menos un caso en la práctica, y un tercio de ellos (31.3%) ha encontrado más de diez casos de DT. La duración de la experiencia afectó significativamente el número total de respuestas correctas a conocimientos y actitudes respecto a las preguntas de DT ( $p=0.028$ ), el 44.38% respondieron incorrectamente a las preguntas. La mayoría de los participantes (97.7%) afirmó que no tenía formación en los DT y el 90.6% estaba dispuesto a recibir formación en los DT. Concluyeron que existe una deficiencia del nivel de conocimiento de los otorrinolaringólogos sobre el manejo de los DT; asimismo, demostraron el entusiasmo de los profesionales por una mayor formación, que puede contribuir a la necesidad de educación para proporcionar un tratamiento adecuado de los casos de DT.<sup>35</sup>

Ivkosic I., Gavic L., Jerkovic D., Macán D., Zorica N., Galic N. y Cols. (2020) en Croacia, en su estudio con objetivo evaluar el conocimiento y la actitud frente al manejo de emergencias de traumatismos dentales (TDI) entre 679 universitarios de 5 carreras distintas, siendo 2 relacionados con la salud (medicina y odontología) y 3 estudios no relacionados con la salud (formación docente, educación preescolar y educación física), haciéndose uso de un cuestionario online específico para la medición de las variables. Hallaron que el puntaje total de conocimiento sobre el manejo de emergencia del trauma dental en la muestra fue de  $4.32 \pm 2.25$  (máximo 10 puntos), siendo los universitarios de odontología, los que mostraron mejores puntajes ( $6.75 \pm 2.17$ ), hubo asociación positiva entre mayores niveles de conocimiento y la edad, año de estudio, haber recibido capacitación, conocimientos de autoevaluación, ser testigos de un trauma dental, estar informado e interesado en aprender sobre el trauma dental ( $p \leq 0.001$ ). En cuanto a las actitudes hacia las lesiones dentales, se denotó que sólo el 50% considera importante el conocimiento sobre el tema para su futuro desempeño profesional. Concluyeron que en general la muestra tuvo conocimientos limitados sobre las lesiones y su manejo.<sup>36</sup>

Baharin F., Osman F. y Mohd M. (2019) en Malasia, en su estudio con propósito evaluar el conocimiento y la actitud hacia el manejo del trauma dental en 120 maestros de una escuela primaria (en Kubang Kerian), haciendo uso de un cuestionario específico para la medición de las variables. Hallaron que el 31.7% de los maestros habían experimentado casos de trauma dental entre sus estudiantes, el 85% no optó por la reimplantación dentaria en caso de avulsión y casi todos los docentes (97.5%) no eligieron la leche fresca como medio de almacenamiento del diente avulsionado; respecto a la actitud ante el trauma dental, las respuestas en general fueron negativas. Concluyeron que el nivel de conocimiento y actitud sobre el manejo del trauma dental en los maestros fue insatisfactorio.<sup>37</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.1.1 Traumatismos dentoalveolares**

#### **A. Generalidades**

La región bucal es la sexta parte del cuerpo que se daña con mayor frecuencia, seguida de las manos, los pies, las rodillas, la cabeza y la cara. Por lo que, se sugiere que el traumatismo en la dentición y sus tejidos adyacentes es relativamente común.<sup>7</sup>

Es así que, una de las lesiones de la cavidad bucal comprende a la “lesión dentoalveolar”;<sup>38</sup> además, el traumatismo dentoalveolar constituye la causa más común de traumatismo en la región de la cabeza y el cuello.<sup>39</sup>

Los traumatismos dentoalveolares (TDA) siempre han sido parte de la vida humana, pues el individuo en su transcurrir diario, se presentan causas de trauma dentoalveolar, como accidentes o altercados; por lo que su manejo terapéutico ha sido descrito desde tiempos remotos, siendo el primer registro de terapia para el trauma dental entre los años 500-300 aC.<sup>40</sup>

En la actualidad, los TDA son considerados una condición de emergencia,<sup>41</sup> y/o un caso de urgencia,<sup>42</sup> siendo un desafío para todo dentista;<sup>41</sup> por ello comprender estas lesiones es importante, debido a las posibles complicaciones que puede conllevar al paciente.<sup>43</sup>

#### **B. Concepto**

Los TDA constituyen un amplio espectro de lesiones relacionadas al diente o su estructura de soporte; es decir, este conjunto de lesiones complejas afecta a múltiples tejidos; existiendo daño potencial Al tejido duro dentario, tejidos de soporte (tejido duro óseos / hueso alveolar, gingiva y ligamento periodontal), mucosa, nervios, vasos, componentes intercelulares y sistemas celulares.<sup>1,44,45</sup>

### C. Datos epidemiológicos de los TDA

Primero ha de citar que los datos epidemiológicos de cualquier condición médica sirven para múltiples propósitos, siendo el más pertinente la identificación del problema, la gravedad, los factores de riesgo, la carga y las necesidades de tratamiento y que, en conclusión, ayudarán en la formulación de estrategias preventivas efectivas y en la planificación de intervenciones específicas para cada región. Y, los TDA han sido en gran medida un segmento ignorado de las enfermedades orales no transmisibles.<sup>46</sup> Si bien se cita que la incidencia y la prevalencia de lesiones del complejo dentoalveolar son difíciles de determinar, debido a que a menudo son tratados en los consultorios y en gran medida no se notifican, siendo probable que se subestime el número de los TDA;<sup>13,47</sup> investigaciones manifiestan una alta prevalencia e incidencia de los TDA,<sup>48</sup> siendo los TDA aquellas lesiones que representan el 5% de todas las lesiones corporales.<sup>49</sup>

Estas estadísticas muestran cifras relevantes en cuanto a la incidencia y prevalencia de los TDA; por lo que, son considerados una problemática de salud pública mundial.<sup>10</sup>

Respecto a la prevalencia de los TDA, en las últimas décadas, diversas investigaciones con distintas metodologías han reportado diferentes cifras, con rangos de prevalencia de 6% a 59%,<sup>50,51</sup> siendo variable entre los países y regiones,<sup>13</sup> esta considerable variabilidad probablemente se derive de múltiples factores, como: la edad, diferencias geográficas, variabilidad de comportamiento entre los lugares de estudio, la incoherencia en los sistemas de clasificación de los TDA, las diferentes tipologías de estudio, etc.<sup>51,52</sup> Por otra parte, estas lesiones pueden presentarse a cualquier edad con una amplia gama de lesiones y complicaciones;<sup>53</sup> aunque la niñez y la adolescencia son las poblaciones más vulnerables y afectadas,<sup>54</sup> sin embargo, ningún individuo tiene riesgo cero de sufrir estas lesiones que pueden cambiarle la vida.<sup>55</sup> Desde un análisis según la afectación del tipo de dentición, se cita una prevalencia

en la dentición temporal (niños y adolescentes) de entre el 23% y el 30%, mientras que en la dentición permanente, un rango aproximado de 20%;<sup>50</sup> además, es bastante frecuente en niños de hasta 12 años de edad, con una prevalencia media estimada del 18%.<sup>9,20</sup> Por otro lado, se cita que estas lesiones son más frecuentes en dientes frontales (incisivos maxilares) y el sexo masculino tienen una mayor probabilidad de presentar los TDA que las mujeres.<sup>56</sup>

En cuanto a la incidencia de los TDA, una revisión de la literatura realizada en 2016 (con la inclusión de publicaciones pertenecientes a los años 1972-2015), dio a conocer una incidencia anual a nivel mundial de aproximadamente 4.5% (pues se observó incidencias variantes de 1 a 44 casos nuevos por cada 1000 personas en un año);<sup>55</sup> mientras que un reciente metaanálisis en 2018 (con la inclusión de publicaciones desde los años 1996 y 2016) mostró una tasa de incidencia de 2.82 (IC 95%, 2.28-3.42) por 100 personas – año.<sup>57</sup>

#### **D. Fisiopatología de los TDA**

Las lesiones dentoalveolares pueden ocurrir de forma aislada o en asociación con otras fracturas;<sup>13</sup> son producidas tras el impacto agresivo sobre los dientes y/o estructuras adyacentes de las cuales se genera algún tipo de lesión;<sup>58</sup> es decir, el mecanismo fisiopatológico consiste en que la energía de un objeto es transferida a las estructuras dentoalveolares, y a medida que estas estructuras absorben la energía transferida, se produce el daño a la anatomía normal. Estas lesiones del complejo dentoalveolar pueden ocurrir de dos maneras básicas, primero por “traumatismo directo”, donde el agente golpea directamente sobre los dientes (siendo frecuente la afectación de los dientes anteriores maxilares y siendo la dislocación, avulsión dentario y tipo de fractura dental, las lesiones con mayor frecuencia de este tipo de impacto).<sup>45</sup>

La energía del impacto también puede determinar el tipo y la gravedad del daño como resultado de un traumatismo en la cavidad bucal. Las lesiones

de alta velocidad y baja masa, tiene a causar daño a los tejidos duros dentales y menos daño a la estructura de soporte (como el ligamento periodontal o el proceso alveolar); es decir, la energía del impacto se disipa al crear la fractura del diente y no se transfiere a los tejidos de soporte. Por el contrario, las lesiones de baja velocidad y de gran masa, como las de los dientes que golpean el suelo u otras superficies, tienden a producir más daño a las estructuras de soporte, lo que provoca menos fracturas dentales y más daño a las estructuras de soporte, lo que provoca más dislocaciones y lesiones por avulsión.<sup>45</sup>

Un segundo mecanismo, es el “traumatismo indirecto”, esto se ve cuando los dientes mandibulares chocan con fuerza contra los dientes maxilares. Este mecanismo causa más daño a los dientes posteriores que el trauma directo, así como el traumatismo en otras estructuras craneofaciales. Las lesiones resultantes del trauma indirecto incluyen fracturas de corona/raíz de dientes posteriores, fracturas mandibulares, lesión de ATM y conmoción cerebral.<sup>45</sup>

## **E. Etiología y factores asociados del TDA**

Generalmente los TDA ocurren de manera repentina, inesperada accidental,<sup>20</sup> o también podría tener un origen intencional;<sup>59</sup> asimismo, este grupo complejo de lesiones incluye un amplio espectro de variables,<sup>50</sup> siendo entre las más frecuentes: accidentes deportivos, accidentes de tránsito (vehículos motorizados), caídas, violencia física comunitaria y/o doméstica (peleas / abuso infantil),<sup>20,60</sup> ataques de convulsiones, accidentes ocupacionales, lesiones involuntarias en procedimientos quirúrgicos intraorales o de intubación endotraqueal y algunas afecciones médicas (osteonecrosis inducida por radiación de la mandíbula, la osteoporosis, cáncer oral, entre otros).<sup>61</sup> Por otra parte, los factores etiológicos varían entre países debido a diversos factores.<sup>62</sup>

Los TDA están asociados a factores, pudiendo actuar como condiciones predisponentes, y que en general se pueden agrupar en: factores clínicos

orales clínicos (que incluyen: maloclusión de clase II, con un resalte mayor a 4mm; proyección, inclinación y exposición de incisivos centrales superiores, incompetencia labial,<sup>13,44,63</sup> mordida abierta anterior y perforación de la lengua); factores ambientales (como sociodemográfico, económico y cultural), factores de comportamiento humano (como la participación en deportes, malos hábitos que impliquen el uso de los dientes, como el quitar tapas metálicas de botellas con los dientes) y factores de riesgo (presencia de comorbilidades y discapacidades físicas).<sup>50</sup>

## **F. Efectos del TDA**

Los TDA resultan del impacto de una fuerza externa, de diversa intensidad,<sup>60</sup> causando dolor, inflamación, malestar, molestias e incomodidad de diferentes intensidades;<sup>11,64</sup> es decir, compromete aspectos fundamentales en la vida de un individuo,<sup>59</sup> como la afectación de condiciones físicas y funcionales de una persona;<sup>65</sup> como los problemas en la fonación (habla) y la masticación,<sup>59,63</sup> y se cita también consecuencias como pérdida de dientes, necrosis pulpar, reabsorción radicular, interrupción de la formación radicular, etc.<sup>9</sup>

Además, los TDA pueden generar un impacto psicológico y social (pues puede provocar alteraciones en la apariencia física, repercutiendo la estética de la persona), afectándolo emocionalmente y con ello en su interacción social.<sup>60,62</sup>

Asimismo, los TDA conllevan un impacto económico en los pacientes, debido a que los tratamientos conllevan altos costos.<sup>62</sup> Es así que, en general estas lesiones conllevan a una reducción de la calidad de vida.<sup>63,65</sup>

## **G. Clasificación de los TDA**

Primero, ha de mencionar que un sistema de clasificación y definición de las TDA preciso, claro y fácil de usar es un requisito previo para un diagnóstico, estudio y tratamiento, adecuados.<sup>66</sup>

Sin embargo, existen varios sistemas de clasificación que engloban los TDA,<sup>20</sup> describiéndose en la literatura más de 50 sistemas clasificatorios,<sup>66</sup> los cuales se son planteados para facilitar el diagnóstico, la comunicación y el tratamiento; asimismo, la amplia variedad considera diversos aspectos de los TDA, como su etiología, el mecanismo, la ubicación anatómica, la gravedad y las opciones terapéuticas, la urgencia del tratamiento;<sup>13,45</sup> no obstante, esta amplia variabilidad de los sistemas ha generado confusión dentro de la literatura y dificultades con los estudios epidemiológicos.<sup>13</sup>

Entre los sistemas de clasificación más utilizados incluyen a los desarrollados por: Andreasen (1970),<sup>44,66</sup> Sanders y Cols. (1979),<sup>67</sup> Ellis y Davey (1962), García-Godoy (1981),<sup>13</sup> de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978),<sup>68</sup> no obstante, recientemente (2022) la OMS aprobó íntegramente la clasificación de las lesiones traumáticas dentales (TDI), mediante la “propuesta #2130”, la cual fue propuesta por los investigadores Peeti S., Ove J., Glendor U. y Anderson L., con el fin de permitir a los proveedores de atención médica no capacitados diagnosticar los traumatismo dentales correctamente, proporcionar mejores tratamientos y uniformar los estudios científicos sobre estas lesiones. Esta propuesta estuvo basada en la clasificación de Andreasen; es así que, finalmente esta clasificación fue incluida en la CIE-11, siendo contenidas las lesiones dentales traumáticas (TDI) en la categoría “NA0D”.<sup>66</sup>

A continuación, se detalla la clasificación de Andreasen, la cual esta categorizada en tres grupos: <sup>44,69,70</sup>

- Lesiones de tejido duro dental
  - Infracción de corona: refiere a una fractura incompleta del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.
  - Fractura de corona, sin complicaciones: fractura que involucra esmalte y dentina, pero no existe exposición de la pulpa.
  - Fractura de corona, complicada: fractura que involucra esmalte, dentina y pulpa.

- Fractura de raíz coronal no complicada: fractura que involucra esmalte, dentina y cemento, pero no la pulpa.
- Fractura de raíz coronal complicada: fractura que involucra esmalte, dentina, cemento y exposición de la pulpa.
- Fractura radicular: fractura que envuelve dentina, cemento y pulpa.
- Lesiones del tejido periodontal
  - Concusión: no hay aflojamiento o desplazamiento anormal del diente, pero sí una mayor tendencia a la percusión.
  - Subluxación: se caracteriza por un aflojamiento anormal del diente, pero sin ningún desplazamiento.
  - Intrusión (luxación): el diente se desplaza hacia el interior del hueso alveolar, y este tipo de lesión se acompaña de conminución o fractura del alvéolo alveolar.
  - Extrusión (luxación): desplazamiento parcial del diente fuera de su alvéolo en dirección axial.
  - Luxación lateral: desplazamiento del diente en dirección lateral y no axial.
  - Avulsión (exarticulación): desplazamiento completo del diente fuera de su alvéolo.
- Lesiones del hueso alveolar de soporte
  - Conminución del hueso alveolar: lesión por aplastamiento del hueso que rodea el diente.
  - Fractura alveolar de pared simple: fractura de una única pared del alvéolo, ya sea facial o lingual.
  - Fractura del proceso alveolar: fractura del hueso que puede o no comprometer la cavidad.
  - Fractura del maxilar o mandíbula: fractura que involucra el hueso del maxilar o mandíbula, puede incluir la incluir el alojamiento alveolar o la cavidad.

## H. Diagnóstico

Una lesión dentoalveolar requiere un examen clínico y radiográfico exhaustivo para obtener un diagnóstico preciso que oriente el tratamiento adecuado.<sup>71</sup> Para ello, se tiene que considerar, lo siguiente:

### - Historia

Comprende de los datos personales del paciente y del historial detallado en relación a la lesión, como: el tiempo de las lesiones, las circunstancias, ubicación del incidente (evaluar posible contaminación microbiana o química), mecanismo de la lesión, tratamiento o manejo tomado, naturaleza del incidente y eventos postraumáticos (como náuseas, vómito, inconsciencia, amnesia, sangrado de oreja, nariz o garganta, cefalea, alteración visual o confusión después del accidente.<sup>44</sup>

### - Examen clínico

Este examen debe ser sistemático y comprensible, es así que puede subdividirse en:<sup>44,72</sup>

- Tejido blando extraoral: los TDA pueden acompañarse de laceraciones, contusiones y abrasión de la piel suprayacente. Además, las áreas de equimosis y hematoma podrían indicar fractura de la estructura ósea subyacente.
- Tejido blando intraoral: evaluación de la cavidad oral para cualquier coágulo, laceraciones y otras áreas de sangre; además, debe considerarse que áreas como los labios, el piso de boca y la lengua, tienen el riesgo de ser penetrados o generar sitios de lesiones secundarias.
- Maxilar / mandíbula y hueso alveolar: la palpación bimanual de la dentición maxilar y mandibular y la evaluación de la oclusión den revelar áreas de discrepancia o movilidad. Asimismo, debe considerarse signos como la deformidad escalonada (segmento), la crepitación, la maloclusión, las laceraciones gingivales podrían hacer sospechar posibles defectos óseos; por ejemplo el signo de

Coleman (equimosis o hematoma sublingual en piso de boca), el cual sugiere fracturas mandibulares subyacentes.

- Dientes (desplazamiento y movilidad / percusión y test-pulpar): examinar cuidadosamente la fractura de cada diente para determinar el pronóstico; también es importante la prueba de vitalidad pulpar (una respuesta positiva indica una pulpa viva y una respuesta negativa indica una pulpa muerta), la percusión (el dolor a la percusión es indicativo de daño en el ligamento periodontal, y la matidez a la percusión puede ser indicativo de dientes parcialmente luxados o de fractura en bloque del diente o del hueso alveolar) y la verificación de la movilidad dentaria (detectar movilidad anormal tanto horizontal como vertical; por ejemplo, el signo típico de una fractura alveolar es el movimiento de los dientes adyacentes cuando se prueba la movilidad de un solo diente).

#### - **Examen radiográfico**

Este examen auxiliar es esencial para determinar el daño dentoalveolar, así como la afectación a las estructuras subyacentes; mediante la aplicación de sus diversas técnicas disponibles (como la radiografía periapical intraoral, oclusal, panorámica y tomografía computarizada de haz cónico).<sup>72</sup> Considerándose que la técnica de imagen seleccionada varía según los hallazgos del examen físico.<sup>73</sup>

Por otra parte, es importante evaluar radiográficamente cuerpos extraños dentro de los tejidos blandos (labios y carrillos), de ser el caso.<sup>72</sup>

#### I. **Manejo terapéutico**

Ha de considerarse primero que los TDA requieren atención médica inmediata;<sup>51</sup> por lo que, su diagnóstico temprano y la intervención rápida y adecuada de estas lesiones son necesarias para prevenir secuelas o complicaciones no deseadas.<sup>74</sup>

El diagnóstico correcto y la clasificación del trauma dentoalveolar proporcionará una guía para implementar planes de atención apropiados de acuerdo a la clase de lesión producida;<sup>43</sup> es decir, el tratamiento difiere para cada paciente, debiendo adaptarse específicamente según la naturaleza y gravedad de la lesión dentoalveolar y las estructuras afectas, requiriendo en la mayoría de los casos un enfoque multidisciplinario.<sup>14,43</sup>

El objetivo del tratamiento de una lesión dentoalveolar es restaurar la forma normal, la función masticatoria y la estética premórbidas;<sup>13,44</sup> sin embargo, previo al manejo de las lesiones propiamente dicha, debe de considerarse la “atención primaria”, esta fase tiene como propósito estabilizar al paciente e identificar las lesiones (como: la permeabilidad de la vía aérea y el descarte de traumas en el pecho, abdomen, cabeza o columna vertebral).<sup>44</sup>

Por otra parte, en la literatura se evidencia una amplia variedad de opciones de tratamiento, esto hace que sea muy difícil para el profesional proporcionar un tratamiento basado en evidencia y recomendar la mejor opción de tratamiento posible para el paciente. Ante ello, la Asociación Internacional de Traumatología Dental (IADT) ha desarrollado un conjunto actualizado de directrices para el tratamiento de lesiones traumáticas con el objetivo de ayudar a los dentistas, a otros profesionales sanitarios y a los padres responsables de la toma de decisiones. Asimismo, las pautas básicas que debe considerarse en un paciente que ha experimentado algún tipo de TDA incluye: evitar utilizar el diente para masticar (abstenerse de morder en la zona afectada y consumo de una dieta blanda), mantener limpia el área afectada con una gasa y una solución a base de clorhexidina, reanudar el cepillado lo antes posible, valorar la necesidad de prescripción de medicinas (analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos), consideración de la vacunación antitetánica y de ser necesario derivarlo a un médico.<sup>20</sup>

El abordaje del traumatismo en la dentición temporal es similar al permanente;<sup>20</sup> no obstante, a continuación, se detallará las pautas de tratamiento según la IADT para cada tipo de lesión.<sup>75,76</sup>

- **Para la infracción del esmalte (grieta o cuarteo, sin pérdida de estructura dental):**

- ✓ Podría no ser necesario ningún tratamiento.
- ✓ En casos graves, se debe considerar el grabado y sellado con resina adhesiva (RA); evitando así la contaminación bacteriana o la decoloración.

- **Para la fractura de corona no complicada (daño solo a esmalte)**

- ✓ En caso el fragmento dentario se encuentre disponible, se podría volver a unir al diente.
- ✓ Alternativamente, dependiendo de la extensión y localización del daño se considerará el alisado de bordes y la restauración con RA.
- ✓ En dentición decidua se sugiere alisar los bordes afilados, no traumatizar aún más el diente lesionado y fomentar el retorno a su función normal lo antes posible; fomentar la curación gingival y prevenir la acumulación de placa, mediante el uso de un cepillo suave o hisopo con enjuague bucal sin alcohol de 0.1 a 0.2% de gluconato de clorhexidina aplicado dos veces al día por una semana.

- **Para la fractura de corona no complicada (daño de esmalte y dentina, sin exposición pulpar)**

- ✓ En caso el fragmento dentario se encuentre disponible, se podría volver a unir al diente, previa rehidratación sumergiéndola en agua o solución salina por 20 minutos.
- ✓ La dentina será recubierta con ionómero de vidrio (IV) y luego con RA.
- ✓ En caso de el daño se ubique próximo a la pulpa (0.5mm) colocar una base de hidróxido de calcio  $[Ca(OH)_2]$ , luego cubrirlo con IV.

- ✓ En dientes deciduos también se sugiere el recubrimiento de la dentina con IV o composite ya sea inmediatamente o en una cita posterior. Y tiene las mismas indicaciones señaladas respecto al retorno funcional, a la curación gingival y a la prevención de la acumulación de la placa.
  
- **Para la fractura de corona complicada (con exposición pulpar)**
  - ✓ En caso de dientes con raíces inmaduras y ápices abiertos, se debe priorizar la preservación de la pulpa, por lo que se sugiere la pulpotomía o el recubrimiento pulpar. También, las mismas recomendaciones señaladas respecto al retorno funcional, a la curación gingival y a la prevención de la acumulación de la placa.
  - ✓ En dientes con desarrollo radicular completo, una terapia pulpar conservadora (pulpotomía) es una alternativa.
  - ✓ Materiales como el  $\text{Ca(OH)}_2$ , silicato de calcio son adecuados para colocar sobre la herida pulpar.
  - ✓ El tratamiento de conducto es una alternativa, además el uso posterior de un poste brindará retención de la restauración protésica.
  - ✓ De tener el fragmento dentario, se podría adherirlo previa rehidratación y tratamiento de la pulpa; en caso de ausencia del fragmento, se procede con el cubrimiento del IV y luego una RA.
  
- **Para la fractura de corona – raíz no complicada (sin exposición pulpar)**
  - ✓ Hasta que se finalice un plan de tratamiento, debe efectuarse una estabilización temporal del fragmento al tejido adyacente.
  - ✓ En caso la pulpa no esté expuesta, considerar la extracción del fragmento y su posterior restauración posterior.
  - ✓ Cubrir dentina con IV o luego usar una RA.
  - ✓ Otras opciones de tratamiento futuras, incluyen: extrusión ortodóntica del remanente, seguida de su restauración (pudiendo requerir una cirugía de contorno periodontal), extrusión quirúrgica, terapia de conducto y restauración (en caso de necrosis pulpar o

infección), inmersión radicular, reimplantación intencional con o sin rotación radicular, extracción y autotrasplante.

- **Para la fractura de corona – raíz complicada (con exposición pulpar)**
  - ✓ Se tendrá las mismas consideraciones que la fractura corona – raíz no complicada; no obstante, en dientes con formación radicular incompleta, deberá considerarse una pulpotomía; y en dientes maduros con formación radicular completa se indicará la extracción pulpar.
  - ✓ Asimismo, se podrá tener las mismas opciones de tratamiento futuras antes mencionadas.

En el caso de la afectación de un diente deciduo, se debe considerar 2 opciones, en el primero caso, donde se puede restaurar y no hay pulpa expuesta, considerar el IV y en caso quede la pulpa expuesta, considerar una pulpotomía o terapia de conducto, dependiendo del estadio de desarrollo radicular y el nivel de fractura; y en el segundo caso, de no poder restaurarse, extraer los fragmentos sin dañar al diente sucesor permanente y dejar el fragmento radicular firme in situ, o extraer el diente completo. Además, de considerar las mismas indicaciones señaladas respecto al retorno funcional, a la curación gingival y a la prevención de la acumulación de la placa.

- **Para la fractura radicular**
  - ✓ La terapia incluye un conjunto de opciones, en caso de desplazamiento de fragmento coronal deberá reposicionarse lo antes posible, luego comprobar dicha reposición radiográficamente. Posterior estabilizar con una férula pasiva y flexible por 4 semanas; de ser la fractura cervical requerirá un período más largo (hasta 4 meses).
  - ✓ En visita de urgencia no debe iniciarse la terapia de conducto.

- ✓ Se recomienda controlar la curación del daño durante al menos 1 año, además del control del estado pulpar.
- ✓ Posteriormente, podría desarrollarse necrosis pulpar o infección, de ser el caso se indicaría la terapia endodóntica solo del segmento coronal, por lo que, podría ser necesario un abordaje de apexificación.
- ✓ En caso de dientes maduros donde la línea de fractura este por encima de la cresta alveolar y el fragmento sea móvil, será necesario la extracción de dicho fragmento, seguida de un tratamiento de conducto y una restauración con una corona retenida.
- ✓ Es probable que se requiera otros procedimientos adicionales como la extrusión ortodóntica del segmento apical, cirugía de alargamiento de corona u otras.
- ✓ Para el caso de la dentición decidua, debe considerarse que si el fragmente coronal está desplazado y no es excesivamente móvil, deje que este fragmento se repositone espontáneamente incluso si hay alguna interferencia oclusal; sin embargo, si el fragmento móvil esta desplazado y es excesivamente móvil e interfiere con la oclusión, se tiene dos opciones disponibles y ambas requieren anestesia local: primero, extraer el fragmento coronal suelto, y el fragmento apical debe dejarse en su lugar para que se reabsorba; mientras que la segunda opción, implica en reposicionar suavemente el fragmento coronal suelto, en caso de que este fragmento este inestable en su nueva posición, estabilice con una férula flexible unida a los dientes adyacentes ilesos, y dejar dicha férula por 4 semanas. Además, de considerar las mismas indicaciones señalas respecto al retorno funcional, a la curación gingival y a la prevención de la acumulación de la placa.

- **Para la fractura radicular**

- ✓ Reposición del segmento desplazado.
- ✓ Estabilización del segmento entablillando los dientes con una férula pasiva y flexible durante 4 semanas.

- ✓ Suturar laceraciones gingivales presentes.
- ✓ La terapia de conducto está contraindicada en la atención de urgencia.
- ✓ Monitoreo de la condición pulpar, para determinar si será necesario un tratamiento de endodoncia.
- ✓ Para dientes deciduos, reposicionar (bajo anestesia local) cualquier segmento desplazado que sea móvil y/o cause interferencia oclusal, estabilizar con una férula flexible los dientes adyacentes ilesos por 4 semanas. Asimismo, de considerar las mismas indicaciones señaladas respecto al retorno funcional, a la curación gingival y a la prevención de la acumulación de la placa.

- **Para la concusión**

- ✓ No requiere tratamiento.
- ✓ Monitoreo del estado pulpar durante al menos un año y/o considerar más tiempo.
- ✓ Para dentición decidua, no se necesita tratamiento, se sugiere observación y los cuidados antes señalados respecto al retorno funcional, a la curación gingival y a la prevención de la acumulación de la placa.

- **Para la subluxación**

- ✓ Generalmente no requiere tratamiento.
- ✓ Podría usarse férula pasiva y flexible para estabilizar el diente por hasta 2 semanas, pero solo si hay movilidad excesiva o sensibilidad al morder el diente.
- ✓ Monitorear el estado pulpar al menos un año y/o considerar más tiempo.
- ✓ Para dentición decidua, no se necesita tratamiento, se sugiere observación y los cuidados antes señalados respecto al retorno funcional, a la curación gingival y a la prevención de la acumulación de la placa.

- **Para la luxación extrusiva**

- ✓ Volver a posicionar el diente empujándolo suavemente hacia la cavidad dental bajo anestesia local.
- ✓ Estabilizar el diente por 2 semanas usando una férula pasiva y flexible. Si hubiera rotura / fractura del hueso marginal, entablille durante 4 semanas más.
- ✓ Monitorear el estado pulpar con pruebas de sensibilidad pulpar.
- ✓ En caso la pulpa este necrótica, está indicado la terapia de endodoncia adecuado según la etapa de desarrollo radicular del diente.
- ✓ Para el caso de dentición decidua, las decisiones de tratamiento se basan en el grado de desplazamiento, movilidad, interferencia con la oclusión, formación radicular y la capacidad del niño para tolerar la situación de emergencia. En caso de que el diente afectado no interfiera con la oclusión, dejar a que el diente se reposicione espontáneamente; y en el caso de que el diente es excesivamente móvil o está extruido >3mm, se sugiere extraerlo. Asimismo, considerar los cuidados antes señalados respecto al retorno funcional, a la curación gingival y a la prevención de la acumulación de la placa.

- **Para la luxación lateral**

- ✓ Volver colocar el diente digitalmente desenganchándolo de su posición bloqueada y reposicionándolo suavemente en su ubicación original bajo anestesia local.
- ✓ Estabilizar el diente por 4 semanas usando una férula pasiva y flexible. Y, en caso se de una fractura del hueso marginal o de la pared alveolar es posible que se requiera una ferulización adicional.
- ✓ Monitorear el estado pulpar con pruebas de sensibilidad pulpar en las citas de seguimiento.
- ✓ Aproximadamente 2 semanas después de la lesión, realice una evaluación endodóntica; es así que:
  - Diente con formación radicular incompleta: puede ocurrir la revascularización espontánea; o en caso de ser necrótica la

pulpa y hay signos de reabsorción externa inflamatoria (relacionada con una infección) se debe iniciar la terapia de conducto.

- Diente con formación radicular completo: es probable que la pulpa se vuelva necrótica; por lo que se debe iniciar la terapia de conducto, usando un antibiótico corticoesteroide o  $\text{Ca(OH)}_2$  como medicamento intracanal para prevenir el desarrollo de reabsorción externa inflamatoria.
- ✓ Para el diente deciduo, se debe considerar que si la interferencia oclusal es mínima o nula, se debe permitir que el diente se repositone espontáneamente (esta reposición generalmente ocurre dentro de los 6 meses); sin embargo, en casos de desplazamiento severo, hay 2 opciones disponibles: primero, la extracción cuando hay riesgo de ingestión o aspiración; segundo, reposicionar suavemente el diente, si está inestable en su nueva posición deberá entablillarse durante 4 semanas usando una férula flexible unida a los dientes adyacentes ilesos. Y, los cuidados antes señalados respecto al retorno funcional, a la curación gingival y a la prevención de la acumulación de la placa.

#### - **Para la luxación intrusiva**

- ✓ Para dientes con formación radicular incompleta:
  - Permitir la reerupción sin intervención (reposicionamiento espontáneo) para todos los dientes intruidos independientemente del grado de intrusión (dirección del desplazamiento). Esta mejora espontánea generalmente ocurre dentro de los 6 meses y en algunos casos puede tardar hasta 1 año.
  - Si no hay reerupción dentro de las 4 semanas, iniciar el reposicionamiento ortodóntico.
  - Monitorear el estado pulpar.
  - En estos dientes podría ocurrir una revascularización pulpar espontánea; sin embargo, si la pulpa se encuentra necrótica e infecta o con signos de reabsorción externa inflamatoria, en las

citas de seguimiento, el tratamiento de conducto está indicado y debería iniciarse lo antes posible cuando la posición del diente lo permite.

- Considerar los cuidados ante señalados respecto al retorno funcional, a la curación gingival y a la prevención de la acumulación de la placa.

✓ Para dientes con formación radicular completa:

- Permitir la reerupción sin intervención si el diente tiene una intrusión inferior a 3mm. Si no hay reerupción dentro de las 8 semanas, reposicione quirúrgicamente y entablille durante 4 semanas con una férula pasiva y flexible. Alternativamente, reposicione ortodónticamente antes de que se desarrolle anquilosis.
- Si el diente tiene una intrusión de 3 a 7mm, reposicionarlo quirúrgicamente (preferentemente) u ortodónticamente.
- Si el diente está intruido más de 7mm, reposicionarlo quirúrgicamente.
- Generalmente, estos dientes casi siempre se vuelen necrótica; por lo que debe iniciarse la terapia de conducto a las 2 semanas o tan pronto como la posición del diente lo permita, usando un antibiótico corticoesteroide o  $\text{Ca}(\text{OH})_2$  como medicación intracanal. El propósito de esta terapia es prevenir el desarrollo de la reabsorción externa inflamatoria.

#### - Para la avulsión dentaria

✓ Para dientes deciduos:<sup>76</sup>

- Los dientes primarios avulsionados no deben reimplantarse.
- Se sugiere seguimiento adicional a los 6 años de edad para controlar la erupción del diente permanente.
- Considerar los cuidados ante señalados respecto al retorno funcional, a la curación gingival y a la prevención de la acumulación de la placa.

✓ Para dientes permanentes:<sup>77</sup>

- La reimplantación inmediata del diente avulsionado es el mejor tratamiento en el lugar del accidente; en caso no pueda llevarse a cabo, existen alternativas como usar diversos tipos de medios de almacenamiento.
- Las instrucciones recomendadas para el lugar del accidente, consisten: en una vez ubicado el diente avulsionado, recogerlo por la corona (evitar tocar la raíz). En caso el diente este sucio, enjuáguelo suavemente con leche, solución salina o saliva del paciente y volver a insertarlo; este proceso debe ser inmediato en el lugar de la emergencia; una vez que se reimplante el diente, deberá morder una gasa /pañuelo /servilleta para mantenerlo en su lugar. En el caso no sea factible la reimplantación del diente, colocar el diente en un medio de almacenamiento rápidamente para evitar la deshidratación de la superficie radicular (que comienza a ocurrir en cuestión de unos minutos). El orden descendente de preferencia de los líquidos adecuados y convenientes a usar son: la leche, la solución salina equilibrada de Hanks (HBSS), la saliva o la solución salina; asimismo, aunque el agua es un medio pobre, es mejor que dejar que el diente se seque al aire. Posteriormente, llevar al paciente y el diente a la consulta con el profesional.
- La elección del tratamiento estará relacionada con la madurez radicular (ápice abierto / cerrado) y del estado de las células del ligamento periodontal (LPD). Referente al estado de las células del LPD está depende del tiempo que está fuera de la boca y del medio de almacenamiento; asimismo, si el tiempo de secado extraalveolar es mayor a los 30 minutos, estas células no serán viables.

Las pautas de manejo terapéutico para dientes avulsionados con ápice cerrado:

- Para el caso de la reimplantación en lugar de producción de la lesión: en caso de estar mal posicionado deberá ser corregido mediante una ligera presión digital hasta 48 después del incidente traumático; luego estabilizar el diente por 2 semanas usando una férula pasiva flexible, adherido al diente afectado y a los adyacentes. Posteriormente, tener las siguientes recomendaciones: en caso de fractura alveolar o de hueso maxilar/mandíbula asociada, está indicada una férula más rígida por aproximadamente 4 semanas; suturar las laceraciones gingivales e iniciar la terapia de conducto dentro de las 2 semanas posteriores a la reimplantación; administrar antibióticos sistémicos; verificar el estado del tétanos, proporcionar instrucciones post-operatorias y hacer un seguimiento.
- Para el caso de que el diente se ha mantenido en un medio de almacenamiento adecuado, con un tiempo de secado extraalveolar menor a 60 minutos: se tiene un manejo similar al anterior citado, pero se diferencia en que al revisar el diente avulsionado, este debe estar libre de restos; después el diente debe colocarse en un medio de almacenamiento mientras se realice un historial y un examen clínico y radiográfico para la preparación del reimplante; luego, posterior se aplicará la anestesia (sin vasoconstrictor) y la irrigación del alvéolo con solución salina estéril, considerar si se elimina el coágulo con solución salina pues esta permite un mejor reposicionamiento del diente; se implantará el diente lentamente con una ligera presión digital. Luego una vez de verificar la correcta posición clínico y radiográfico, se estabilizará con un alambre pasivo y flexible. Posterior a esto, tener las mismas recomendaciones del párrafo anterior.
- Para el caso de un tiempo de secado extraoral superior a 60 minutos: tener las mismas indicaciones que el párrafo anterior citado. No obstante, debe considerarse que una reimplantación tardía tiene un mal pronóstico a largo plazo, con un resultado

esperado de una reabsorción radicular (de reemplazo) relacionado con la anquilosis.

Las pautas de manejo terapéutico para dientes avulsionados con ápice abierto, para los 3 casos (el caso de la implantación en el lugar del incidente; caso de mantener al diente en un medio de almacenamiento adecuado y en un tiempo extraalveolar menor a 60 minutos; y caso de un diente avulsionado y con un tiempo extraalveolar superior a 60 minutos) se tiene similares consideraciones que los dientes con ápice cerrado; sin embargo, se debe tener en cuenta que el objetivo de replantar dientes inmaduros en niños es la revascularización del espacio pulpar, que puedan conducir a un mayor desarrollo y maduración radicular. Por lo que, para el primer caso, existe la posibilidad de que se produzca una curación espontánea en forma de nuevo tejido conectivo con suministro vascular, esto permite un desarrollo y maduración continuos de las raíces, por lo tanto, no debe iniciarse una terapia de conducto a menos que haya signos de necrosis pulpar e infección del sistema de conductos radiculares. Para los otros 2 casos, el objetivo es el mismo, pero hay un riesgo de reabsorción radicular (inflamatoria) relacionada con una infección externa; esta reabsorción es muy rápida en los niños; es así que, si no se produce la revascularización espontánea, deberá iniciarse la apexificación, la revitalización / revascularización pulpar o terapia de conducto. Además, en el tercer caso (reimplantación tardía) tiene un mal pronóstico a largo plazo, pues se esperan resultados como la reabsorción radicular (de reemplazo) relacionada con la anquilosis.

Finalmente, debe considerarse que retrasos en el tratamiento de las lesiones dentoalveolares pueden provocar malos pronósticos,<sup>13,47</sup> además es importante efectuar el seguimiento para determinar el pronóstico de los tratamientos; es por ello que la IADT recomienda un

seguimiento adecuado, mediante la monitorización clínica y radiográfica, de uno a cinco años dependiendo del tipo de traumatismo.<sup>62</sup>

## **2.1.2 Conocimiento y actitudes**

### **A. Conocimiento**

El conocimiento es una característica importante de la inteligencia humana y refleja la complejidad de los lenguajes humanos.<sup>78</sup>

Naturalmente el conocimiento se crea desde el origen de la humanidad, es así que desde entonces la humanidad ha adquirido y construido nuevos conocimientos que le permitieron comprender y adaptarse al mundo que habitaba, transformándolo según sus necesidades.<sup>79</sup>

El conocimiento es un concepto universal estudiado desde la antigüedad; y su definición ha sido tema de debate; no obstante, a pesar del intento de conceptualizarlas, los resultados aún son muy confusos,<sup>80</sup> pudiendo ser citadas desde diferentes perspectivas,<sup>81</sup> siendo algunas de ellas:

- Es una mezcla fluida de experiencia, información relacionada y conocimiento experto que ofrece una estructura para evaluar e integrar nuevas experiencias e información.<sup>79</sup>
- Significa conciencia, familiaridad y/o comprensión de aspectos particulares de la realidad,<sup>82,83</sup> generalmente resultante de la experiencia, análisis de la información recopilada o la educación.<sup>83,84,85</sup>
- Son los hechos, información y habilidades adquiridas a través de la experiencia o la educación; o la comprensión teórica o práctica de un tema.<sup>86</sup>

El conocimiento es un poder que puede transformar todas las esferas de la vida de un individuo y de su actividad;<sup>87</sup> considerada como una herramienta esencial para la solución de problemas y la toma de decisiones.<sup>79</sup>

## B. Actitud

El constructo “actitud” tiene sus raíces en el contexto de la psicología social, a principios del siglo XX.<sup>88</sup> La asignación de este término por primera vez fue atribuido al psicólogo Herbert Spencer en 1862.<sup>89</sup>

Existen muchas conceptualizaciones clásicas y contemporáneas de las “actitudes”,<sup>90</sup> entre algunas de ellas destacan las siguientes:

- Es un conjunto de emociones, creencias y comportamientos hacia un objeto, persona, cosa o evento en particular.<sup>91</sup>
- Tendencia aprendida a evaluar las cosas de cierta manera.<sup>91</sup>
- Es un estado de preparación mental y neuronal, organizado a través de la experiencia, ejerciendo una directa o dinámica influencia en la respuesta del individuo a todos y situación con los que está relacionado.<sup>91</sup>
- Es la tendencia psicológica por la que un individuo evalúa un objeto o entidad en términos de grado de favor o desfavor, agrado o desagrado, y bueno o malo.<sup>92</sup>
- Es una predisposición evaluativa o afectiva hacia un objeto, idea o cuestión y/o una respuesta evaluativa que predispone favorable o desfavorablemente a realizar un comportamiento.<sup>89</sup>

Por otra parte, las actitudes son importantes, ya que son consideradas como la base del comportamiento (e influye en este, a través de la intención conductual),<sup>92</sup> valorándose como un factor crítico para explicar el comportamiento humano.<sup>93</sup>

Las actitudes influyen en cómo vemos el mundo, lo que pensamos y lo que hacemos; es así que, su evaluación tiene un propósito vital para comprender el pensamiento y el comportamiento humano.<sup>94</sup>

Si bien se han planteado múltiples conceptualizaciones, gran parte de ellas, convergen en la postulación de una estructura de actitudes de tres componentes; es decir, las actitudes constan de un componente cognitivo (representa los pensamientos, las creencias u opiniones hacia una objeto

o cuestión), afectivo (representa sentimientos o aspectos emocionales hacia un objeto o cuestión) y conativo (representa una tendencia conductual [conductual intencional] o comportamiento del individuo, reflejando por su reacción de manera específica).<sup>90,95</sup>

### **C. Modelo teórico Conocimiento, actitud y práctica (KAP)**

En el presente estudio se consideró como modelo en el proceso de educación para la salud, al modelo teórico KAP para la medición de las variables.

Este modelo teórico fue propuesto por el profesor Mayo de la Universidad de Harvard en el año 1960.<sup>96</sup> También llamado modelo racional o médico.<sup>97</sup> Es una herramienta representativa utilizada por poblaciones específicas para recopilar información sobre lo que se sabe, se cree y se hace en relación con un campo específico;<sup>98</sup> es decir, este modelo destaca la relación de tres componentes (conocimiento, actitud y práctica).<sup>99</sup>

Este modelo ha sido avalado por la OMS pues la cita como una ayuda a la recopilación de información sobre los constructos conocimiento, actitud y práctica de comportamiento; siendo a menudo empleadas en investigaciones de salud pública.<sup>100</sup>

La implementación y/o uso de este modelo adquiere importancia:

- En el proceso de alfabetización.<sup>101</sup>
- Permite identificar brechas de conocimiento, barreras de actitudes y patrones de comportamiento, que evidencian necesidades, problemas y barreras, y que por ende podrían ayudar a planificar e implementar intervenciones.<sup>102,103</sup>
- Para profundizar la comprensión de la información, las actitudes y acciones (comportamiento) con respecto a un tema en particular.<sup>102,103</sup>
- Para generar niveles de referencia y medir cambios que resulten de intervenciones.<sup>102</sup>

En resumen, este modelo plantea que el conocimiento es la base para cambiar los comportamientos, y las actitudes son la fuerza motriz para cambiar los comportamientos.<sup>96</sup>

## **2.3 Formulación de hipótesis**

### **2.3.1 Hipótesis general**

- **H<sub>i</sub>**: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar.
- **H<sub>0</sub>**: No existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar.

## 2.4 Operacionalización de variables e indicadores

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo	Valor
<p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Nivel de conocimiento sobre el traumatismo dentoalveolar</p>	<p>Es el aprendizaje adquirido que posee un individuo respecto a las lesiones dentoalveolares y a su manejo terapéutico.<sup>26,27</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo en el lugar del accidente: casos clínicos</li> <li>- Manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado</li> <li>- Manejo en la consulta de los traumatismos dentales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ítems de 1 al 3.</li> <li>- Ítems de 4 al 10.</li> <li>- Ítems de 11 al 20.</li> </ul>	Nomina	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo: de 0 a 30 puntos.</li> <li>- Medio: de 31 a 50 puntos.</li> <li>- Elevado: de 51 a 60 puntos.</li> </ul>
<p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>Actitud sobre el traumatismo dentoalveolar</p>	<p>Es la predisposición evaluativa o afectiva que toma un individuo para responder favorable o desfavorablemente frente a las lesiones dentoalveolares.<sup>26,27</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud</li> <li>- Experiencia clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ítems de 1 al 6.</li> <li>- Ítem 7.</li> </ul>	Nominal	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No favorable: de 0 a 3 puntos.</li> <li>- Favorable: de 4 a 7 puntos.</li> </ul>

## 2.5 Definición de términos básicos

- **Traumatismo dentoalveolar**

Son un amplio espectro de lesiones relacionadas al diente o su estructura de soporte (hueso alveolar, maxilar/mandíbula y ligamento periodontal) y tejidos adyacentes (mucosa, encía).<sup>1,44,45</sup>

- **Conocimiento**

Es la comprensión teórica o práctica de un tema, adquiridas a través de la experiencia o la educación.<sup>86</sup>

- **Actitud**

Es la predisposición evaluativa o afectiva hacia un objeto, idea o cuestión y/o una respuesta evaluativa que predispone favorable o desfavorablemente a realizar un comportamiento.<sup>89</sup>

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo y nivel de investigación**

El estudio fue de tipo descriptivo, porque se describen las características de la circunstancia o fenómeno que es el objeto de estudio; y de nivel básica, puesto que es base para otras investigaciones.<sup>104</sup> Además, el estudio fue observacional, pues no hubo manipulación de las variables, solo se observó el fenómeno.<sup>105</sup> Asimismo, fue transversal porque la información fue obtenida un momento dado y por única vez.<sup>104</sup> Finalmente, prospectivo, porque toda investigación ha sido diseñada antes de que ocurra el fenómeno a investigar.<sup>105</sup>

Luego, el nivel de investigación fue descriptivo, porque pretende medir y recoger información de manera independiente sobre las variables a las que se refieren.<sup>105</sup>

### **3.2 Diseño de la investigación**

El diseño utilizado en el estudio fue el no experimental descriptivo, porque no se manipularon las variables de manera intencional y sólo se observan los fenómenos en su medio natural para estudiarlos.<sup>106</sup>

### **3.3 Población y muestra de la investigación**

La población estuvo conformada por los participantes de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, del ciclo académico 2018-II.

La muestra estuvo constituida en forma no aleatoria por conveniencia, constituida por 69 alumnos participantes de la institución universitaria y

período antes mencionados, además de aquellos que cumplieron con los criterios de selección.

### **Criterios de inclusión**

- Participantes de posgrado que estén matriculados en el ciclo académico 2018 - II.
- Participantes de posgrado que estén matriculados por primera vez.
- Participantes que firmaron el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Participantes de posgrado que estén matriculados en otros períodos académicos.
- Participantes que no aceptaron participar en el estudio.

## **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **3.4.1 Técnica de recolección de datos**

Se presentó el proyecto en la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la UIGV, con la finalidad que posterior a su evaluación, se autorizase la ejecución del estudio. Después de obtenida dicha aprobación, se solicitó al coordinador de posgrado, la autorización respectiva para su ejecución.

Luego con la autorización, la tesista se reunió con los alumnos de posgrado, para darse a cabo la Encuesta, y la entrega de la ficha de recolección de datos; no obstante, previo a ello se les explicó a los participantes, el propósito del estudio y se aclaró todas las interrogantes que tuviesen, finalmente para la definición del inicio de su participación, se concretó con la firma del consentimiento informado.

### **3.4.2 Instrumento de recolección de datos**

Respecto a los instrumentos empleados en el estudio fueron: para la variable conocimiento respecto a los traumatismos dentoalveolares, se

usó el cuestionario planteado por los investigadores Valdepeñas J., Adanero A. y Planells P.,<sup>107</sup> en su artículo titulado “Estado actual de los conocimientos sobre el manejo de los traumatismos dentales en los profesionales sanitarios de atención primaria de la Comunidad de Madrid: estudio piloto”, publicado en 2016; a su vez, este tuvo como base lo dispuesto por la Asociación Internacional de Traumatología Dental (IADT). Y, para la variable actitud respecto a los traumatismos dentoalveolares, se utilizó el instrumento planteado por la especialista Lora I.,<sup>108</sup> de la Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia, en su estudio titulado “Conocimientos, actitudes y experiencia respecto a trauma dental en estudiantes de Odontología en Cartagena, Colombia, en el año 2017”. Los cuestionarios al ser usados anteriormente, no fueron validados por Juicio de Expertos.

El cuestionario de conocimiento respecto a los traumatismos dentoalveolares estuvo conformado por 20 ítems, y a su vez constituidas por 3 dimensiones (manejo en el lugar de accidente, casos clínicos; manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado y manejo en la consulta de los traumatismos dentales). Para su valoración, se consideró como respuesta correcta 3 puntos, respuesta aceptable 1 punto y respuesta incorrecta 0 puntos. Finalmente, para la medición final, se consideró la siguiente escala evaluativa:

- Bajo: de 0 a 30 puntos.
- Medio: de 31 a 50 puntos.
- Elevado: de 51 a 60 puntos.

(Fuente: elaboración propia)

El cuestionario de actitud respecto a los traumatismos dentoalveolares estuvo conformado por 07 ítems, y a su vez constituidas por 2 dimensiones (actitudes propiamente dichas y la experiencia clínica). Para su valoración, se consideró dos alternativas de elección, siendo favorable, 1 punto y no favorable, 0 puntos. Y, que finalmente su sumatoria de las respuestas, absteniéndose como escala final:

- No favorable: de 0 a 3 puntos.
- Favorable: de 4 a 7 puntos.

(Fuente: elaboración propia)

El instrumento estará como conformado por 3 apartados:

- La primera, Introducción, constó de la parte instructiva para el desarrollo de la ficha de recolección de datos; además, del propósito del estudio.
- El segundo, Información personal del participante.
- El tercero, Cuestionarios, siendo dos.

### **3.5 Técnicas para el procesamiento de datos**

Finalizada la ejecución del estudio, las fichas de recolección de datos obtenidas fueron ordenadas, para su posterior proyección en una base de datos plasmada en el programa Excel, en una laptop marca VAIO, procesador Intel ® Core, RAM 4.00 GB, 1.70 GHz, sistema operativo Windows 8.1 con media centre; posteriormente se aplicó el programa SPSS versión 22.0, para el análisis estadístico descriptivo e inferencial de la data, los cuales posteriormente fueron proyectados en tablas y gráficos.

### **3.6 Aspectos éticos**

Se tomó en cuenta los principios de Bioética, como: la Autonomía, la Beneficencia, la No maleficencia y la Justicia. Además, se consideró el principio de confidencialidad, conservando el anonimato de los participantes. Se respetó el derecho de autor de la bibliografía utilizada, haciendo las citas respectivas en los enunciados. Se respetó el porcentaje mínimo de aprobación de similitud como dispone la universidad.

La información descrita en el estudio es real y veraz, por las cualidades éticas en el rigor científico que tiene la tesista. Se respetó la estructura de tesis dispuesta por la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

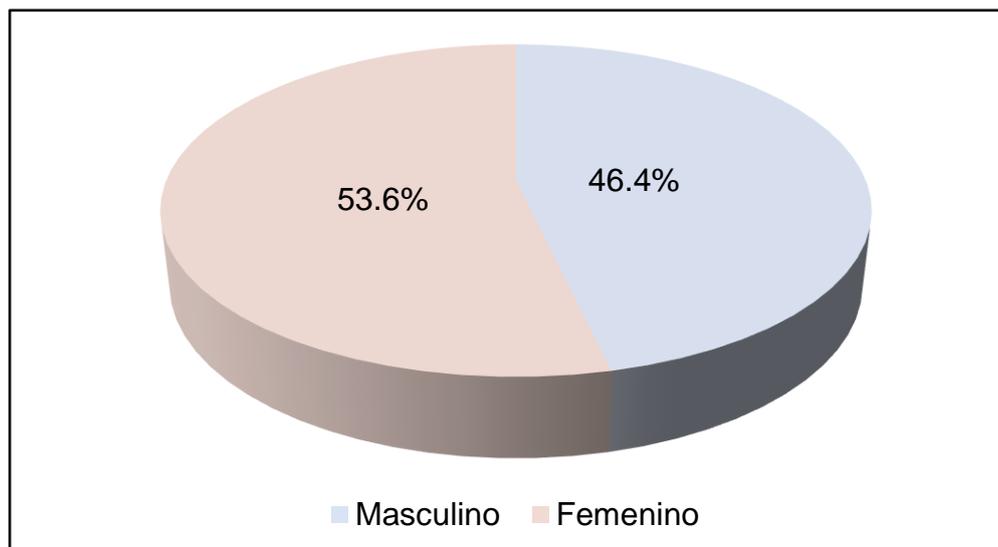
### 4.1 Presentación de resultados

**Tabla N°01**

Distribución de los participantes según género

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Masculino</b>	32	46.4%
<b>Femenino</b>	37	53.6%

En la Tabla N°01, se observa que los individuos de sexo Masculino representan el 46.4% (N°=32) y de sexo Femenino el 53.6% (N°=37).



**Figura N°01**

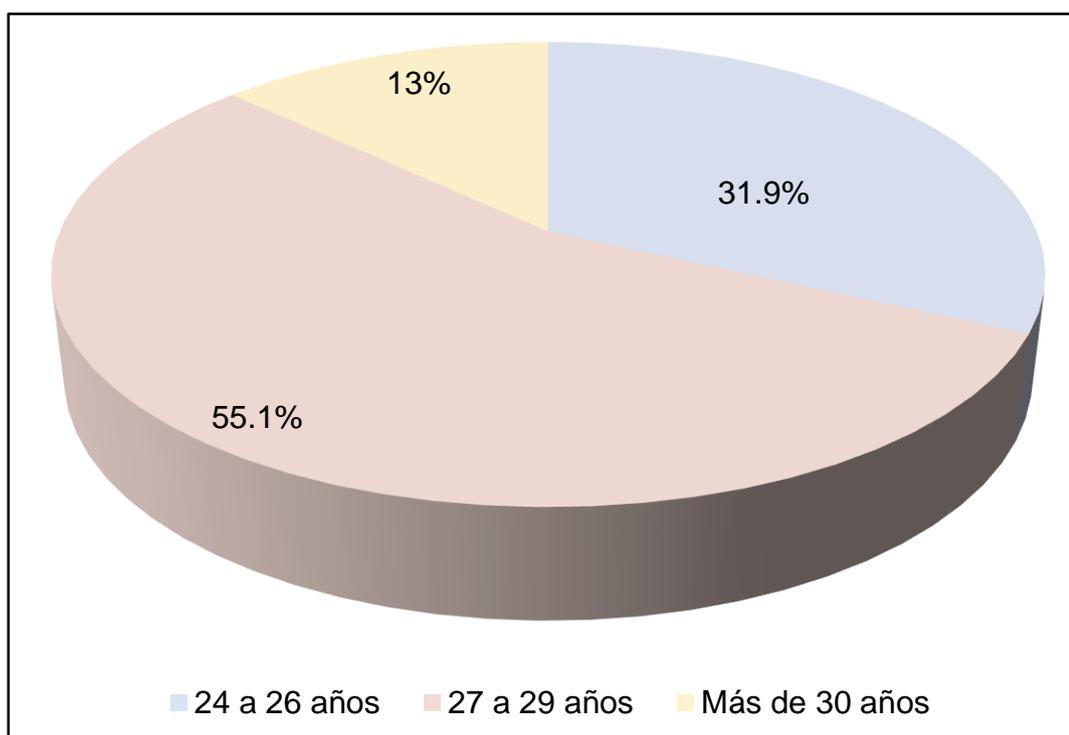
Distribución de los participantes según género

**Tabla N°02**

Distribución de los participantes según edad

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>24 a 26 años</b>	22	31.9%
<b>27 a 29 años</b>	38	55.1%
<b>Más de 30 años</b>	9	13%

En la Tabla N°02, se aprecia que los individuos de 24 a 26 años representan el 31.9% (N°=22), de 27 a 29 años representan el 55.1% (N°=38) y de más de 30 años representan el 13% (N°=9).



**Figura N°02**

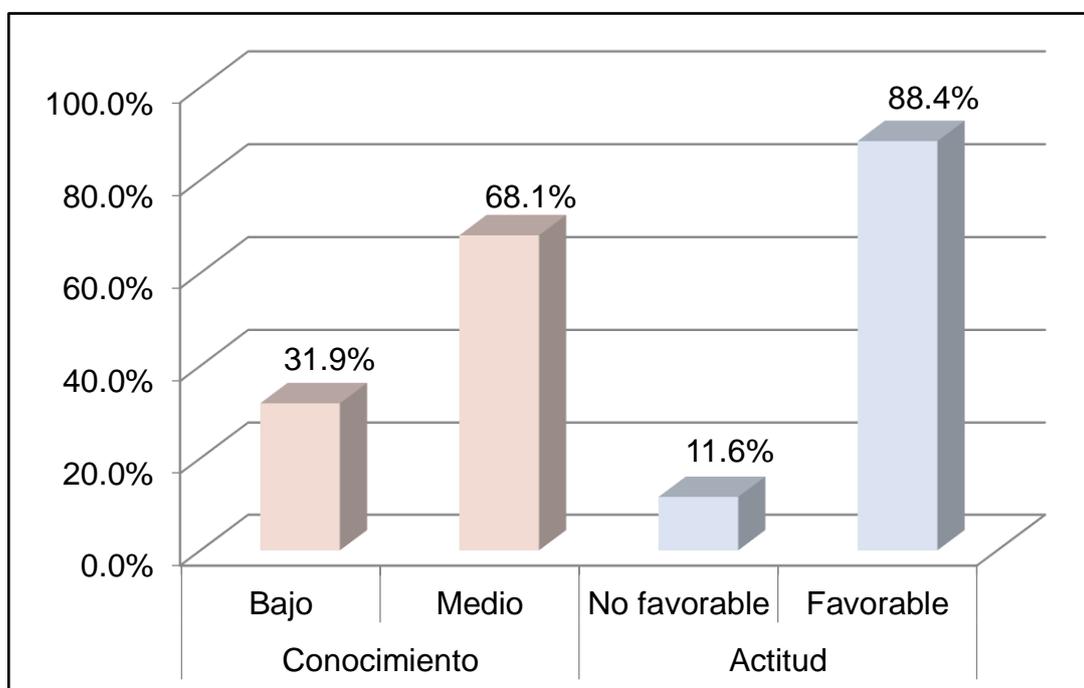
Distribución de los participantes según edad

**Tabla N°03**

Nivel de conocimiento y la actitud sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar en los participantes de posgrado

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Conocimiento</b>	Bajo	22	31.9%
	Medio	47	68.1%
<b>Actitud</b>	No favorable	8	11.6%
	Favorable	61	88.4%

En la Tabla N°03, se aprecia que en mayoría el nivel de Conocimiento fue Medio en un 68.1% (N°=47), seguido de un nivel Bajo en un 31.9% (N°=22); referente a la Actitud en mayoría fue Favorable en un 88.4% (N°=61), seguido de una actitud No favorable en un 11.6% (N°=8).



**Figura N°03**

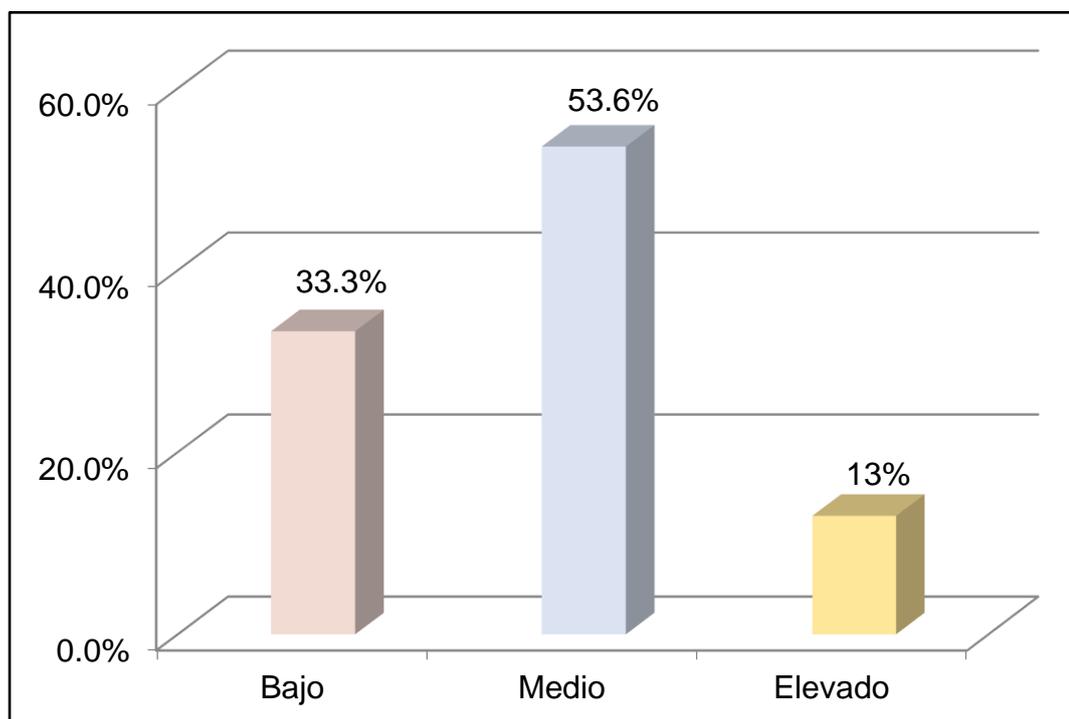
Nivel de conocimiento y la actitud sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar en los participantes de posgrado

**Tabla N°04**

Nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente casos clínicos

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bajo</b>	23	33.3%
<b>Medio</b>	37	53.6%
<b>Elevado</b>	9	13%

En la Tabla N°04, se aprecia que en mayoría el nivel de conocimiento fue Medio en un 53.6% (N°=37), seguido de un nivel Bajo en un 33.3% (N°=23) y un nivel Elevado en un 13% (N°=9).



**Figura N°04**

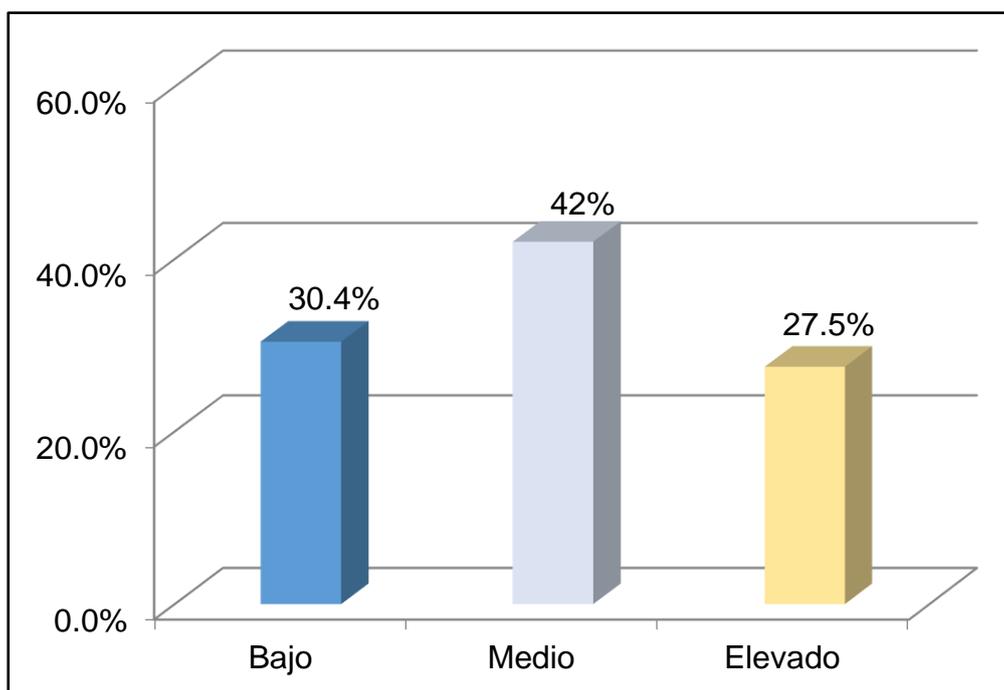
Nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente casos clínicos

**Tabla N°05**

Nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bajo</b>	21	30.4%
<b>Medio</b>	29	42%
<b>Elevado</b>	19	27.5%

En la Tabla N°05, se observa que en mayoría el nivel de conocimiento fue Medio en un 42% (N°=29), seguido de un nivel Bajo en un 30.4% (N°=21) y un nivel Elevado en un 27.5% (N°=19).



**Figura N°05**

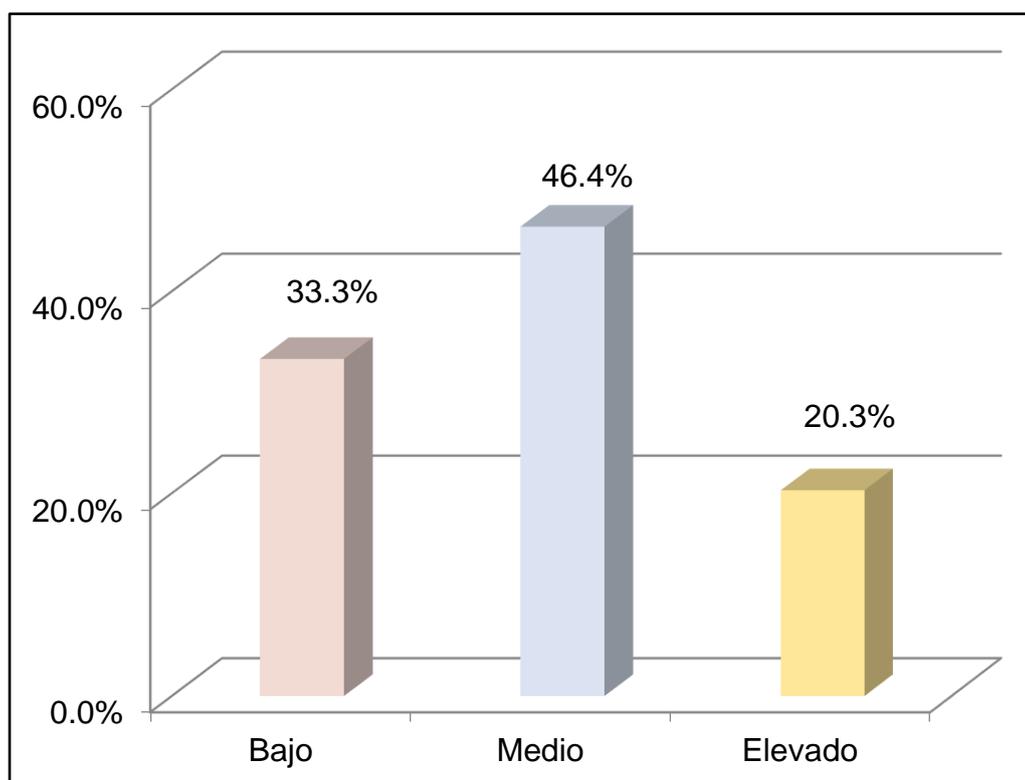
Nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado

**Tabla N°06**

Nivel del manejo en consulta de los traumatismos dentales

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bajo</b>	23	33.3%
<b>Medio</b>	32	46.4%
<b>Elevado</b>	14	20.3%

En la Tabla N°06, se aprecia que en mayoría el nivel de conocimiento fue Medio en un 46.4% (N°=32), seguido de un nivel Bajo en un 33.3% (N°=23) y un nivel Elevado en un 20.3% (N°=14).



**Figura N°06**

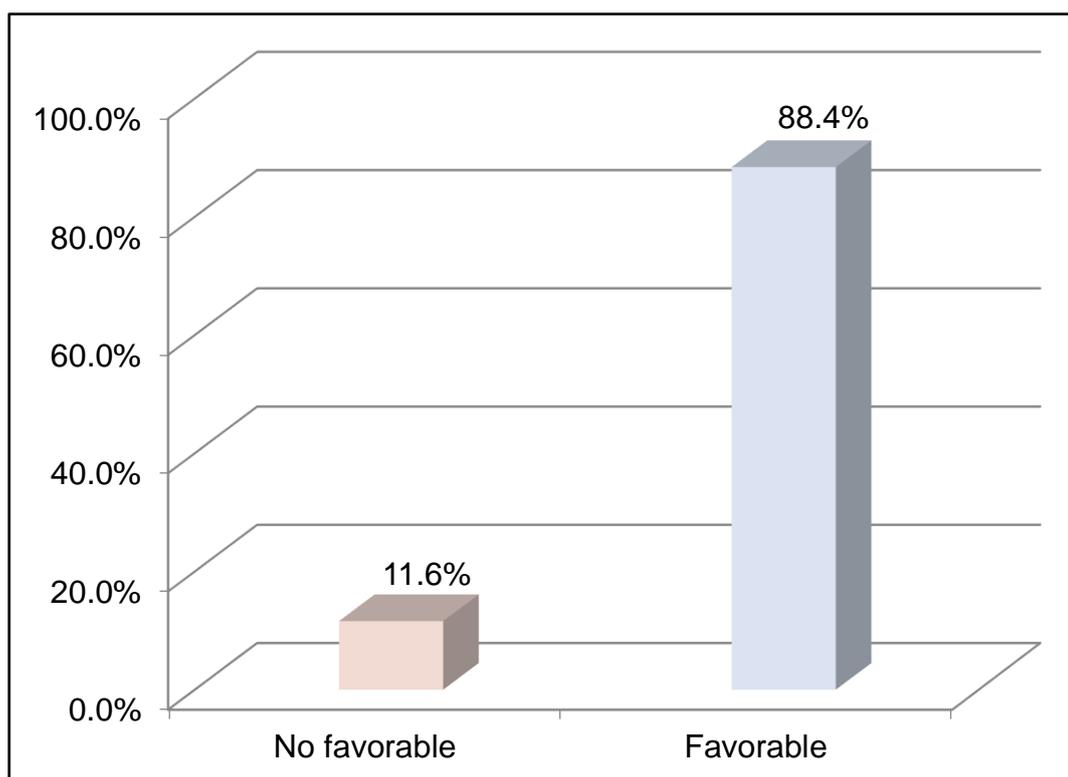
Nivel del manejo en consulta de los traumatismos dentales

**Tabla N°07**

Actitud que tienen los participantes de posgrado respecto a traumatismos dentoalveolares

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No favorable</b>	8	11.6%
<b>Favorable</b>	61	88.4%

En la Tabla N°07, se aprecia la Actitud en mayoría fue Favorable en un 88.4% (N°=61), seguido de una actitud No favorable en un 11.6% (N°=8).



**Figura N°07**

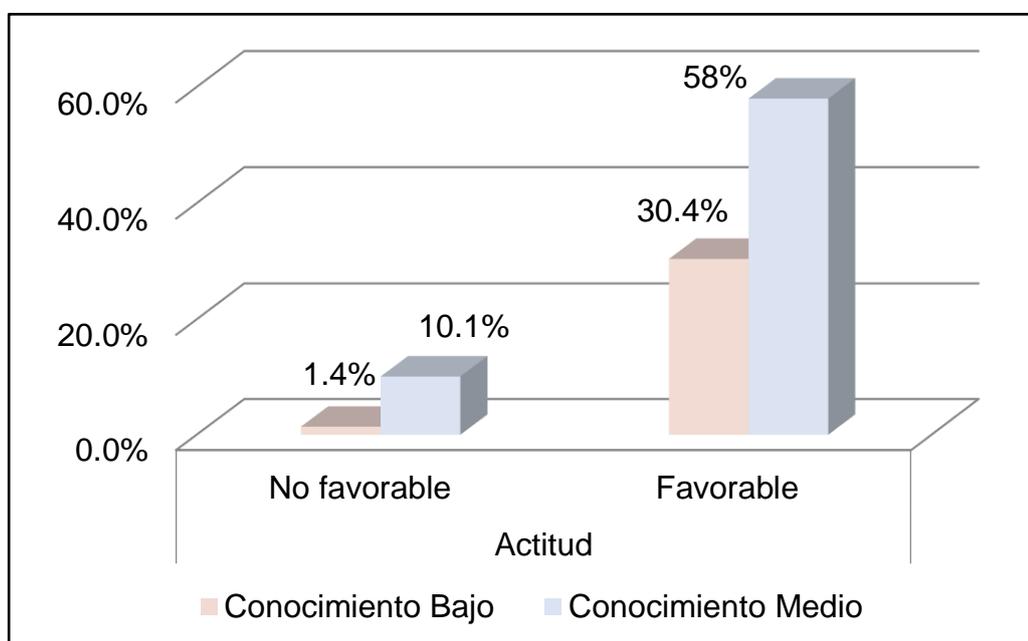
Actitud que tienen los participantes de posgrado respecto a traumatismos dentoalveolares

**Tabla N°08**

Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto a traumatismos dentoalveolares

		Actitud		
			No favorable	Favorable
Conocimiento	Bajo	Recuento	1	21
		%	1.4%	30.4%
	Medio	Recuento	7	40
		%	10.1%	58%

En la Tabla N°08, se observa que en mayoría presentaron un nivel de Conocimiento Medio y una Actitud Favorable en un 58% (N°=40), seguido de un nivel de Conocimiento Bajo y una Actitud Favorable en un 30.4% (N°=21), un nivel de Conocimiento Medio y una Actitud No favorable en un 10.1% (N°=7) y un nivel de Conocimiento Bajo y una Actitud No favorable en un 1.4% (N°=1).



**Figura N°08**

Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto a traumatismos dentoalveolares

## 4.2 Contratación de hipótesis

### - Formulación de hipótesis estadística

- **H<sub>0</sub>**: No existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar.
- **H<sub>i</sub>**: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar.

**H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>i</sub>: Hipótesis alterna**

### - Nivel de significancia utilizada

Se empleó un nivel de significancia ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05

### - Determinación del estadígrafo a emplear

Para determinar la relación de las variables se usó la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ).

	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	1.566	1	0.211

Nivel de significancia = 0.05

### - Toma de decisión

Debido a que el p-valor fue de 0.211 ( $p > 0.05$ ), se acepta la hipótesis nula; es decir, **no existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto a traumatismos dentoalveolares.**

### **4.3 Discusión de resultados**

Respecto a determinar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar en los alumnos participantes de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018, en los resultados se apreció que, en gran mayoría con un porcentaje de 68.1% los participantes tienen un nivel de conocimiento Medio; asimismo, con un porcentaje de 31.9% tienen un nivel de conocimiento Bajo. Luego, en mayoría, con un porcentaje de 88.4% presentan una actitud favorable sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar, y finalmente con un porcentaje de 11.6% presentan una actitud No favorable.

En cuanto a determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente: casos clínicos, en los resultados se observó que, en mayoría con un porcentaje de 53.6% los participantes presentan un nivel de conocimiento Medio; y luego, con un porcentaje de 33.3% presentan un nivel Bajo.

Tomando en cuenta determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado, en los resultados se apreció que, por mayoría con un porcentaje de 42% los participantes presentan un nivel de conocimiento Medio; el 30.4% presentaron un nivel de Bajo y el 27.5% presentó un nivel de Elevado.

Referente a determinar el manejo en consulta de los traumatismos dentales, en los resultados se observó que, en mayoría con un porcentaje de 46.4% los participantes presentaron un nivel de conocimientos Medio; y el 33.3% de los participantes presentaron un nivel Bajo.

Referente a determinar la actitud que tienen los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar, en los resultados se apreció que, en mayoría con un porcentaje de 88.4% los participantes presentaron una actitud Favorable frente al traumatismo dentoalveolar; y finalmente, con un porcentaje de 11.6% presentaron una actitud No favorable.

Referente a determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar, en los resultados se observó en la prueba de Chi-cuadrado, que el p-valor hallado fue de 0.211, interpretándose que no existe relación significativa entre las variables, por ser  $p > 0.05$ .

Respecto a la contrastación de resultados del presente estudio con las investigaciones antes realizadas a nivel nacional, se detalla a continuación: respecto al estudio de Quispe J. (2022) en Cusco,<sup>28</sup> se encontró resultantes diferentes, pues el autor halló que el 39% de la muestra tuvo un nivel bueno de conocimiento sobre los TDA, el 57% un nivel regular y el 4% un nivel medio; concluyendo que en general el conocimiento sobre los TDA debe reforzarse, por ser mayoría en un nivel de regular. Mientras que, en el presente estudio el 68.1% los participantes tuvieron un nivel de conocimiento medio y el 31.9% tuvieron un conocimiento bajo. Estas diferencias de resultantes podrían deberse al distinto instrumento utilizado y/o a la población diferente de los estudios. Respecto a la investigación realizada por Tirado M. (2021) en La Libertad,<sup>29</sup> en sus resultados halló que el nivel de conocimiento sobre el manejo de los TDA fue malo en mayoría (94%) y en minoría se encontró un nivel bueno (4%) y regular (2%). Además, el nivel de conocimiento de los TDA no se relacionó con el tipo de especialidad y el tiempo de ejercicio profesional. Resultados diferentes al presente estudio, referente al nivel de conocimiento, pues el 68.1% tuvo un nivel medio; por otra parte, si bien los objetos a relacionar no fueron los mismos, en ambos estudios se observó que no existe relación significativa entre las variables. Estas diferencias entre estudios podrían deberse al diferente enfoque y/o metodología utilizada en los estudios.

En cuanto, al estudio realizado por Juárez V. (2021) en Trujillo,<sup>30</sup> halló que ningún universitario tuvo un sobresaliente grado de conocimiento sobre los TDA, pues el 55.7% tuvo un conocimiento regular, el 29.6% un conocimiento deficiente y sólo el 14.8% tuvo un conocimiento bueno; por lo que concluyó que hay una carencia de conocimiento sobre el manejo de los TDA en los futuros dentistas. Resultados similares al presente estudio, referente al nivel de conocimientos.

Con respecto a las investigaciones internacionales, se cita al estudio realizado por Al-Haj S. y Cols. (2022) en Arabia Saudita,<sup>31</sup> donde exponen que en una muestra

de 761 universitarios de medicina participantes que en general no tienen el conocimiento suficiente sobre la gestión de emergencia de los TDI, pues sólo el 5.8% afirmó haber recibido información sobre los TDI, además hubo un mayor conocimiento en universitarios que estaban listos para graduarse ( $p < 0.05$ ); respecto a las actitudes frente a los TDI, el 13.5% se sentía seguro de diagnosticar los TDI y el 71% informó que necesitaba más educación sobre el tema; por lo que, concluyeron que los participantes carecían de conocimiento y actitudes adecuadas sobre el tratamiento de emergencia de los TDI. Estos resultados diferentes podrían deberse a la distinta población (distinta idiosincrasia y/o carrera profesional) y/o al diferente instrumento de medición o metodología de los estudios. En cuanto, a la investigación realizada por Mahsa D. y Cols (2020) en Irán,<sup>32</sup> hallaron en una muestra de dentistas generales ( $n=38$ ) y universitarios de la carrera de odontología ( $n=22$ ) tuvieron una puntuación promedio de conocimiento de los TDI de  $8.18 \pm 1.98$  puntos (rango de 5 a 13 puntos); concluyendo que en mayoría de los participantes tienen un conocimiento moderado sobre los TDI y el tipo de manejo. Resultados similares al presente estudio, pues se halló que el 68.1% tuvo un nivel medio de conocimiento; estos resultados podrían deberse al parecido enfoque de educación impartido a los alumnos. Madhukant N. y Abbotl P. (2022) en Australia,<sup>34</sup> hallaron respecto al nivel de conocimiento sobre el manejo de los TDI en 180 dentistas, que la media global de respuestas correctas fue de  $7.55 \pm 1.91$  puntos, de una puntuación máxima posible de 12 puntos. Además, observaron que el sexo ( $p=0.365$ ), el año estudiado ( $p=0.744$ ), el ser dentista general o especialista ( $p=0.762$ ), el área de práctica profesional principal (como académico, privado, público, jubilado, otro) ( $p=0.993$ ) o la región trabajada por el profesional (ciudad o región) ( $p=0.801$ ) no afectaron significativamente las puntuaciones medias; concluyendo en general que el conocimiento promedio de los dentistas australianos sobre los TDI fue bueno, pero también deficientes en algunas áreas. Por otra parte, en el estudio de Ustun N. y Ustun O. (2021) en Turquía,<sup>35</sup> en su estudio halló que en una muestra de 128 otorrinolaringólogos (de hospitales públicos y privados) que en general existe una deficiencia del nivel de conocimiento sobre el manejo de los DT (el 97.7% afirmó que no tenía formación sobre los DT); asimismo, el 90.6% tuvieron una actitud positiva (entusiasmo) respecto a la disposición para recibir educación sobre los DT. Resultados similares en parte, pues en el presente estudio en la muestra participante, en mayoría (68.1%) tuvieron un nivel medio de

conocimiento referente a los TDA, mientras que el 88.4% mostraron actitudes favorables frente a los TDA.

Como final de la discusión, se manifiesta que la evaluación del nivel de conocimiento y las actitudes respecto a los TDA tiene un rol vital en general a toda la población; pues en los profesionales (dentistas) y universitarios (futuros dentistas) es necesario que dispongan de conocimientos adecuados y actitudes favorables frente a los TDA, pues esto permitirá brindar una mejor atención a los pacientes traumatizados, optimizando los resultados a corto y largo plazo;<sup>48</sup> además, estos estudio sumarán a la literatura, siendo de apoyo a futuras investigaciones. Asimismo, es esencial que el enfoque del estudio sea aplicado a diversos grupos poblaciones (padres de familia, maestros, otros profesionales de la salud), pues los TDA son un conjunto de lesiones que siempre han sido parte de la vida humana, pues el individuo en su transcurrir diario, se presenta ante diversas causas de trauma dentoalveolar;<sup>40</sup> afectando y presentándose a cualquier edad,<sup>19</sup> además, debido a una alta incidencia y prevalencia de los TDA descrita, en la actualidad son considerados una problemática de salud pública mundial.<sup>10</sup>

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

#### **5.1.1 Conclusión General**

En cuanto a determinar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar en los alumnos participantes de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018, se concluye que en mayoría tuvieron un nivel Medio de conocimiento, con el 68.1% y una actitud Favorable, con el 88.4%.

#### **5.1.2 Conclusiones Específicas**

1. Referente a determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente: casos clínicos, se concluye que el nivel de conocimiento es de Medio, con el 53.6%.
2. En cuanto a determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado, se concluye que en mayoría tuvieron un nivel Medio, con el 42%.
3. Respecto a determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo en consulta de los traumatismos dentales, se concluye que en mayoría tuvieron un nivel Medio, con el 46.4%.
4. Referente a determinar la actitud que tienen los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar, se concluye que en mayoría tuvieron actitudes Favorables, con el 88.4%.

5. En cuanto a determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar, se concluye que no existe relación entre las variables, por hallarse un p-valor de 0.211 ( $p > 0.05$ ).

## **5.2 Recomendaciones**

### **5.2.1 Recomendación General**

Se recomienda tomar en cuenta los resultados, para elevar el nivel de conocimiento de los participantes mediante mejoras en los sílabos de estudio que corresponda al tema y/o capacitaciones, con profesores especialistas y con experiencia, se lograría que eleven su conocimiento utilizando la actitud favorable que presentan, siendo de beneficio para los participantes y por ende los pacientes.

### **5.2.2 Recomendaciones Específicas**

1. Se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que el personal docente tome las medidas del caso para elevar el nivel de conocimiento de los participantes en estas dimensiones, se lograría que los alumnos tengan un mejor conocimiento elevando su nivel profesional, así como, mayor seguridad al paciente que atienden.
2. Se recomienda tomar en cuenta los resultados, para aprovechar la actitud favorable de los participantes en mejora de su comportamiento para reforzar su conocimiento, se lograría que sea de beneficio para los participantes en este tipo de traumatismos, así como para los pacientes.
3. Se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que sirva como una referencia en lo planteado en esta dimensión, se lograría en próximos estudios respecto al tema se pueda confirmar los resultados de la presente investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calhoun C., Crum C. y Burris B. Dentoalveolar and intraoral soft tissue trauma. En: Miloro M., Ghali G., Larsen P. y Waite P., editores. Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. Cham: Springer; 2022.p.555-580.
2. Viñas M. Algozaín Y. Rodríguez R. y Álvarez L. Conocimiento de los traumatismos dentoalveolares en alumnos de las ESBU del municipio Artemisa. Rev Cubana Estomatol 2009; 46(4): 32-41.
3. Theologie N. Schoinohoriti O. Leventis, M. y Iatrou I. Evaluation of Dentoalveolar Trauma in Children and Adolescents. J Craniofac Surg 2017; 28(4):383–387.
4. Ministerio de Salud Pública. Trauma dental Guía de Práctica Clínica (GPC) [internet] 2015 [citado el 09 de enero de 2019]. Disponible en URL: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/02/TRAUMA-DENTAL.pdf>
5. Nagarajappa R., Ramesh G., Uthappa R., Karthiga SP. y Shaikh S. Risk factors and patterns of traumatic dental injuries among Indian adolescents. J Dent Sci 2020; 15: 96-103.
6. Mohammedali I., Khaleel A., Hussain B., Abed R., Mohammed S. y Sabri S. Emergency management of dental trauma: a survey of public knowledge, awareness, and attitudes in Al-Madinah Al-Munawwarah. Clin Cosmet Investig Dent 2019; 11:279-284.
7. Kumar S., Kumar A., Prakash O., Ekram S., Tigga C., Kashif M. y Cols. Impact of dental and orofacial trauma on oral health-related quality of life in adults: a systematic review. Chin J Traumatol 2023.

8. Moolla A. The impact of traumatic dental injuries on the mental and social well-being of children and adolescents: recommendations for patient management. En: Molla A. y Gehrke S., editores. Dental trauma and adverse oral conditions. España: IntechOpen; 2023.
9. De Andrade W., Arias V., Figueiredo R., Carvas N., Vargas J., Almada E. y Cols. Prevalence of dental trauma in Brazilian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Cad Saúde Pública* 2021; 37(12).
10. Vázquez C., Llanes M., Bastidas M. y Jiménez M. Prevalence of dentoalveolar trauma in the Hermano Miguel urban church. *Odontología Vital* 2021; 35:17-28.
11. Malele-Kolisa Y., Khan N., Pimrose M., Desiree M. y Mabongo M. Perspective chapter: dental and orofacial trauma impacts on oral-health-related—quality of life in children – low- and middle-income countries. En: Moolla A. y Gejhrke S., editores. Dental trauma and adverse oral conditions. España: IntechOpen; 2023.
12. Moris H., Vázquez J., Secchi A., Reyne N., Astorga F., Moreno J. y Cols. Prevalence of dentoalveolar trauma in patients at Barros Luco Trudeau Hospital. *Int J Oral Dent Health* 2022.
13. Lawler M., Haas C. y Peacock Z. Dentoalveolar Trauma. En: Dorafshar A., Rodríguez E. y Manson P., editores. Facial Trauma surgery. US: Elsevier; 2020.p.231–247.
14. Oliveira Da Silva E., Nunes CE., Matos A., De Melo M., Cardoso M., De Lima G. y Cols. Traumatismos dento-alveolares: Revisão de literatura. *Research, Society and Development* 2023; 12(6):1-7.
15. Vivanco M., Cáceres N., Lobos P., Sepúlveda MP., Valenzuela I., Guerrero A. y Cols. Traumatismo dentoalveolar en niños y adultos del

- sistema de salud de la Armada de Chile, 2014-2019. *Int J Inter Dent* 2023; 16(1):26-29.
16. Villa M. y Jiménez M. Prevalencia de trauma dentoalveolar en la población de la parroquia San Sebastián, Cuenca (Ecuador), 2019. *Rev Fac Odont (UNC)* 202; 31(1):19-25.
  17. Henríquez Y., Rivera D., Torres F., Toloza R. y Diaz V. Incidencia del Traumatismo Dentoalveolar en pacientes atendidos por el Sistema de Salud Pública en Chile. *Revista Salud Uninorte* 2022; 38(3):742-756.
  18. Castro J., Llanes M., Bastidas M. y Jiménez M. Prevalencia de trauma dentoalveolar en la parroquia urbana Hermano Miguel. *Odontología Vital* 2021; (35):17-28.
  19. Taylor G. y Longridge N. Dentoalveolar trauma in the permanent dentition. En: Albadri S. y Stevens C., editores. *Paediatric Dentistry for the General Dental Practitioner*. Cham: Springer; 2021.p.225-252.
  20. Cruz E., Gadelha M., Gadelha R. Traumatismo dento-alveolar: uma visão geral sobre aspectos epidemiológicos, etiológicos, abordagem clínico-terapêutica e classificação. *Research, Society and Development* 2021; 1(1):1-14.
  21. Ozdemir O. y Demiriz L. Maintaining the original anatomy of the uncomplicated crown fracture using natural tooth structure: Three case reports. *Int J Pedod Rehabil* 2020; 5:68-70.
  22. García N., Espinoza R. y Aguirre G. Repercusiones estéticas, funcionales, psicológicas y económicas de iatrogenia en el tratamiento de la avulsión dental. Relato de caso. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* 2022; 12(1).

23. Jiménez L. Conocimiento sobre planificación de tratamientos de luxaciones post-trauma dentoalveolar en dientes permanentes en estudiantes de 5° año de estomatología – Universidad Señor de Sipán, 2016 [tesis de pregrado]. Pimentel (PE): Universidad Señor de Sipán; 2016.
24. Mercado A., Gonzales JC., Díaz A. y Viviano C. Validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento de traumatismos dentoalveolares en niños. *Odontol Pediatr* 2022; 21(1):35-44.
25. Andistiara R., Sjamsudin E. y Tasman A. The level of knowledge and experience of dentists in emergency management of dentoalveolar fractures. *Urnal Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran*. 2022; 34(3):233-242.
26. Rivera R. Nivel de conocimiento y actitud sobre traumatismo dentoalveolares en profesores del nivel primario de escuelas públicas [tesis de pregrado]. Lima (PE): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
27. Arista K. y Sánchez W. Nivel de conocimiento y actitud sobre traumatismos dentoalveolares en los padres de familia del centro poblado Villacruz, carretera iquitos-Nauta [tesis de pregrado]. Iquitos (PE): Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.
28. Quispe J. Nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares en los estudiantes de odontología de VIII, IX y X semestre de la UNSAAC, 2021 [tesis de pregrado]. Cusco (PE): Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2022.
29. Tirado M. Nivel de conocimiento sobre manejo de traumatismos dentoalveolares de los cirujanos dentistas del distrito el porvenir, región La Libertad, 2021 [tesis de pregrado]. Trujillo (PE): Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2021.

30. Juárez V. Conocimiento de los estudiantes de estomatología de la universidad privada Antenor Orrego sobre el manejo de traumatismos dentoalveolares Trujillo, marzo-2021 [tesis de pregrado]. Trujillo (PE): Universidad Privada Antenor Orrego; 2022.
31. Al-Haj S., Farah R. y Alhariqi S. Knowledge and attitudes of saudi medical students about emergency management of traumatic dental injuries. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19.
32. Mahsa D., Fateme M., Khalili N. y Amir R. Evaluation of general dentist's and dental student's knowledge about emergency management of dentoalveolar trauma in Bojnurd, North Khorasan, Iran. *J Indian Assoc Public Health Dent* 2022; 20:54-58.
33. Uthman U. Knowledge, Attitude, and Practices (Kap) Survey on the Management of Traumatic Dental Injuries (Tdis) among Dental Students in Prince Sattam Bin Abdulaziz University (Psau), Alkharj. *J Pharm Bioall Sci* 2022; 14:666-672.
34. Madhukant N. y Abbott P. Dentists' knowledge of dental trauma based on the international association of dental traumatology guidelines: an australian survey. *Dental Traumatology* 2022; 38(5):374-380.
35. Ustun N. y Ustun O. Assessment of the knowledge and attitudes about the management of dental trauma among ear, nose and throat physicians. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 2021; 278(4):5069-5075.
36. Ivkovic I., Gavic L., Jerkovic D., Macan D., Zorica N., Galic N. y Cols. Knowledge and attitudes about dental trauma among the students of the University of Split- *Acta Stomatol Croat* 2020; 54(3):302-313.
37. Baharin F., Fatimah N. y Mohd M. Knowledge and attitude towards dental trauma management among primary school teachers. *Padjadjaran Journal of Dentistry* 2019; 31(3):161-166.

38. Ashar F., Hadikrishna I. y Adiantoro S. Management dentoalveolar fracture with simple wiring in mild head injury: a case report. JKM: Jurnal Kesehatan Mahardika 2022; 9(1):35-40.
39. Bohm L. y Roby B. Pediatric facial fractures. En: Lesperance M., editor. Cummings pediatric otolaryngology. USA: Elsevier; 2021.p.105-117
40. Powell K. y Louis P. Management of dental trauma. En: Kushner G. y Jones L., editores. Pediatric Maxillofacial Trauma. USA: Springer Nature Switzerland AG; 2021. p.75-96.
41. Nadziabdic N. The basics of splinting in dentoalveolar traumatology. En: Ahmad M. y Kummoona R., editores. Maxillofacial surgery - and craniofacial deformity. Sarajevo: IntechOpen; 2019.p.1-15.
42. Johan C. y Saputra F. The evaluation of delayed treatment on dentoalveolar trauma by surgical reposition and wire-composite splint technique. Journal of International Dental and Medical Research 2017; 10(2):384-391.
43. Zhu R., Paletta F. y Johnson D. Dentoalveolar trauma. En: Ferneini E. y Goupil M., editores. Evidence – based oral surgery: a clinical guide for the general dental practitioner. USA: Springer Nature Switzerland AG; 2019. p.383-398.
44. Agrawal A. y Kumar A. Dentoalveolar fractures. En: Singh A. y Sharma N., editores. Maxillofacial Trauma: a clinical guide. India: Springer Nature Singapore Pte Ltd; 2021. p.159-176.
45. Roettger M., Greaves M., Ahmad M. y León V. Sports-related oral and dentoalveolar trauma: pathophysiology, diagnosis, and emergent care. En: Roettger M., editor. Modern Sports Dentistry, Textbooks in Contemporary Dentistry. USA: Springer International Publishing AG; 2018.p.25-55.

46. Tewari N., Mathur VP., Siddiqui I., Morankar R., Verma AR. y Pandey RM. Prevalence of traumatic dental injuries in India: A systematic review and meta-analysis. *Indian J Dent Res* 2020; 31:601-614.
47. Atas O. y Gok A. Evaluation of knowledge levels and attitudes of pediatricians on traumatic dental injuries. *Ann Med Res* 2021; 28(1):43-48.
48. Berolino M., Moya M. y Anchava J. Nivel de aprendizaje sobre traumatismos dentoalveolares en estudiantes del último año de la carrera de odontología. *Rev Fac Odontol Univ Buenos Aires* 2021; 38(84): 27-31.
49. Moharamzadeh K. Dentoalveolar trauma. En: Moharamzadeh K., editor. *Diseases and conditions in dentistry: an evidence-based reference*. UK: John Wiley & Sons Ltd.; 2018.p.105-114.
50. Rueda V., Scougall R., Lara E., Lucas S., Patiño N., Martínez G. y Cols. Traumatic dental injuries in 6 to 12 years old schoolchildren: a multicenter cross-sectional study in Mexico. *Original Research Pediatric Dentistry* 2022; 36.
51. Erdogan Y. y Bolaca A. Evaluation of traumatic dental injuries in patients attending the pediatric dentistry clinic: a retrospective study. *Pamukkale Medical Journal* 2023; 16:570-578.
52. Lembacher S., Schneider S., Lettner S. y Bekes K. Prevalence and patterns of traumatic dental injuries in primary teeth: a 3-year retrospective overview study in Vienna. *Clinical Oral Investigations* 2022; 26:2085-2095.
53. Taylor G. y Longridge N. Dentoalveolar trauma in the permanent dentition. En: Albadri S. y Stevens C., editores. *Paediatric Dentistry for the General Dental Practitioner*. UK: Springer Cham; 2021.p.225-265.

54. Marriaga A., Martínez L., Hernández A., Ortiz D., Erazo AM. y Rebolledo M. Knowledge and attitudes of preschool, primary and secondary teachers about dentoalveolar trauma. *Salud Uninorte* 2021; 37(1):52-66.
55. Lam R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. *Australian Dental Journal* 2016; 61(S1):4-20.
56. Venkata K., Gurunathan D., Nuvvula S., Kumar R., Hemanth R. y Chowdary U. Prevalence of dental trauma and their relationship to risk factors among 8–15-year-old school children. *Int J Dent* 2022.
57. Stefano P., Glendor U. y Lars A. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a metaanalysis – One billion living people have had traumatic dental injuries. *Dental Traumatology* 2018; 34(2):71-86.
58. Universidad del Cauca. Guía de manejo trauma dento alveolar [internet] 2007 [citado el 20 de setiembre de 2019]. Disponible en URL: [https://unisalud.unicauca.edu.co/unisalud/sites/default/files/7\\_guia\\_mtda.pdf](https://unisalud.unicauca.edu.co/unisalud/sites/default/files/7_guia_mtda.pdf)
59. Torres MC., Barberán Y., Bruzón A., Figueredo E. y Rosales Y. Factores predisponentes de trauma dental en escolares del municipio Rafael Freyre. *Correo Científico Médico* 2017; 21(3):798-808.
60. Sánchez M. Traumatismos dentoalveolares, características clínicas e imagenológicas: una revisión de la literatura. *Rev Cient Odontol (Lima)* 2018; 6(2):195-212.
61. Delghani N., Mahmoudi X., Azarsina M. y Reza A. Trauma and management in oral surgery. Stevens M., Ghasemi S., Tabrizi R., editores. *Innovative perspectives in oral and maxillofacial surgery*. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2021.p.401-408.

62. Gucyetmez B., Falakaloglu S. y Falay S. Evaluation of dental trauma related posts on Instagram. *European Journal of Research in Dentistry* 2020; 4(1):18-24.
63. Borin L., Azambuja P., Daer-de-Faria G., Barros L., Kirst L. y Braga C. A 10-year retrospective study of dental trauma in permanent dentition. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial* 2018; 40(2):65-70.
64. Bourguignon C., Arhakis A., Sigurdsson A. y Kotsanos N. Dentoalveolar trauma of children and adolescents. En: Kotsanos N., Sarnat H. y Park K., editores. *Pediatric dentistry*. Cham: Springer Nature Switzerland AG.; 2022. p.363-414.
65. Azevedo R., Britto M., Torriani MA., Demarco F. y Guerra R. Treatment of dento-alveolar trauma: knowledge evaluation from southern Brazilian dentists. *Braz J Oral Sci* 2016; 15(4):298-303.
66. Petti S., Ove J., Glendor U. y Andersson L. NAOD – The new traumatic dental injury classification of the World Health Organization. *Dental Traumatology* 2022; 38(3):170-174.
67. Hupp J., Ellis E. y Tucker M. *Cirugía oral y maxilofacial contemporánea*. 7 ed. Barcelona (ES): Elsevier; 2020.
68. Laskin D. y Balaji S. *Textbook oral & maxillofacial surgery*. 3 ed. Haryana (IN): Elsevier; 2018.
69. Mallya S. y Lam E. *White and Pharoah's oral radiology principles and interpretation*. 2 ed. New Delhi (IN): Elsevier - RELX India Pvt. Ltd; 2019.
70. Purohit J., Kumar J., Datta A., Maiti S., Hinge A., Kapoor S. y Chandra R. Recent Advances & Historical Management in Dentoalveolar fracture- A Review. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research* 2020; 8(1):129-136.

71. Cho J., Sachs A. y Cunningham L. Dental trauma and alveolar fractures. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2022; 30(1):117-124.
72. Anand O. Dentoalveolar Injuries and Wiring Techniques. En: Bonanthaya K., Pannerselvam E., Manuel S., Kumar V. y Rai A., editores. *Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician*. Singapore: Springer; 2021.p.1103-1037.
73. Wang S. y Ford B. Imaging in oral and maxillofacial surgery. En: Mupparapu M., editor. *Radiographic interpretation for the dentist*. USA: Elsevier; 2021.p.487-508.
74. Popoola B. Y Ajayi D. Traumatic Dental Injuries: A seven-year evaluation of peadiatric cases seen in a tertiary hospital. *Pediatric Dental Journal* 2021; 31(1):43-50.
75. Bourguignon C., Ci¿ohenca N., Lauridsen E., Flores M., O'Connell A., Day P. y Cols. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. *Dental Traumatology* 2020; 36(4):314-330.
76. Day P., Flores MT., O'Connell A., Abbott P., Tsilingaridis G., Fouad A. y Cols. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dental Traumatology* 2020; 36:343-359.
77. Fouad A., Abbott P., Tsilingaridis G., Cohenca N., Lauridsen E., Bourguignon C. y Cols. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dental Traumatology* 2020; 36(4):331-342.
78. Han X., Chen W., Liu Z., Lin Y. y Sun M. Knowledge representation learning and knowledge-guided NLP. En: Liu Z., Lin Y. y Sun M., editores.

Representation learning for natural language processing. China: Springer; 2021.p.273-349.

79. Kumar H. Knowledge is an essential element at present world. Munich Personal RePEc Archive (MPRA) 2016; 83041.
80. Bolisani E. y Bratianu C. The elusive definition of knowledge. En: Bolisani E. y Bratianu C., editores. Emergent knowledge strategies: Strategic thinking in knowledge management. Cham: Springer International Publishing; 2018.p.2-35.
81. Lin X. Review of knowledge and knowledge management research. American Journal of Industrial and Business Management 2019; 9(9):1753-1760.
82. Agarwal A. Knowing “knowledge” and “to know”: an overview of concepts. International Journal of Research – Granthaalayah 2017; 5(11):86-94.
83. Gupta S. Knowledge and curriculum. 1 ed. Delhi (IN): PHI Learning Private Limited; 2021.
84. American Psychological Association. Knowledge [internet] 2023 [citado el 20 de setiembre de 2019]. Disponible en URL: <https://dictionary.apa.org/knowledge>
85. Deveaux D., Higuchi T., Ucar S., Harri J. y Altintas O. A definition and framework for vehicular knowledge networking: an application of knowledge-centric networking. IEEE Vehicular Technology Magazine 2021; 16(2):57-67.
86. Wickramasinghe D. Literature review of importance of knowledge management to developing nations. Global Scientific Journals 2019; 7(6):52-57.

87. Toopr. Knowledge is power speech for students and children [internet] 2023 [citado el 20 de setiembre de 2019]. Disponible en URL: <https://www.toppr.com/guides/speech-for-students/knowledge-is-power-speech/>
88. Zan R. y Di Martino P. Students' attitude in mathematics education. En: Lerman S., editor. Encyclopedia of Mathematics Education. Cham: Springer; 2020.p.813-817.
89. Fishman J., Yang C. y Mandell D. Attitude theory and measurement in implementation science: a secondary review of empirical studies and opportunities for advancement. Implement Sci 2021; 16:87.
90. Kotzur P., Friehs M-T., Schmidt P., Wagner U., Potzschke S. y Weib B. Attitudes towards refugees: Introducing a short three-dimensional scale. Br J Soc Psychol 2022; 61(4):1305-1331.
91. Arihant. Teaching aptitude & attitude test: useful for B. ed entrances and other teacher recruitment exams. Revised Edition. New Delhi (IN): Arihant Publications (India) Limited; 2023.
92. Shek D. y Chai WY. Psychometric properties of the service leadership attitude scale in Hong Kong. Front Psychol 2019; 10.
93. Ding L. y Yang X. Attitudes, preference and personality in relation to behavioral intention of autonomous vehicle use: an SEM analysis. PLoS One 2023; 18(2).
94. Maio G., Haddock G. y Verplanken B. The psychology of attitudes & attitude change. 3 ed. United Kingdom (UK): SAGE; 2018.
95. Putri S. y Retnawati H. Society's attitudes towards National Examination and Teacher's response to National assement. En: Muhammad M., Nurhaliza N. y Sativa B., editores. ISTED 2021 Proceedings of the 1<sup>st</sup>

International Seminar on Teacher Training and Education. Indonesia: EAI Research Meets Innovation; 2021.p.25-33.

96. Xu N., Zhang Y., Zhang X., Zhang G., Guo Z., Zhao N. y Cols. Knowledge, attitudes, and practices of urban residents toward COVID-19 in Shaanxi during the post-lockdown period. *Front Public Health* 2021.
97. Bhalwar R. y Parashar S. Health education. En: Bhalwar R., Dudeja P. y Jindal A., editores. *Textbook of community medicine*. India: Wolters Kluwer (India); 2019.p.89-98.
98. Paul A., Sikdar D., Mosharraf M., Amin R., Deeba F., Mahanta J. y Cols. Knowledge, attitudes, and practices toward the novel coronavirus among Bangladeshis: Implications for mitigation measures. *PLoS One* 2020; 15(9).
99. Kwak C., Joon Y., Ho Park K. y Han W. Analysis of the knowledge, attitudes, and practice model of healthcare professionals on hearing loss at elderly dementia residences in Korea. *Healthcare (Basel)* 2022; 10(5):792.
100. Luo Y-F., Chen L-C., Yang S-C y Hong S. Knowledge, attitude, and practice (KAP) toward COVID-19 pandemic among the Public in Taiwan: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(5):2784.
101. Daza CE. *Iniciación científica: conceptualización, metodologías y buenas prácticas*. 1ed. Bogotá (CO): Institución Universitaria Politécnico Gran - Colombiano; 2019.
102. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Evaluation of the project "System for earth observation data access, processing and analysis for land monitoring" (SEPAL) - Project Evaluation Series. Roma (IT): FOA; 2022.

103. Liao X., Lai TP. y Sasaki N. Use of the knowledge, attitude, and practice (KAP) model to examine sustainable agriculture in Thailand. *Regional Sustainability* 2022; 3(1):41-52.
104. Bernal C. Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 4 ed. Colombia (CO): Pearson; 2016.
105. Valderrama S. Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica. 7 imp. Lima (PE): Editorial San Marcos; 2017.
106. Hernández R., Fernández R., y Baptista P. Metodología de la investigación. 6 ed. México (MX): Mc Graw Hill Education; 2017.
107. Valdepeñas J., Adanero A. y Planells P. Estado actual de los conocimientos sobre el manejo de los traumatismos dentales en los profesionales sanitarios de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Estudio piloto. *Cient Dent* 2016; 13(2):113-122.
108. Lora I., Tirado I., Vargas E., Barcha D., Lombana L., Ramírez M. y Cols. Conocimiento, actitudes y experiencia respecto a trauma dental en estudiantes de odontología en Cartagena Colombia. *Revista Nacional de Odontología* 2018; 14(26).

# **ANEXOS**

## Anexo N°01

### Instrumento de recolección de datos



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**

**FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**

### **“FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS”**

**Nivel de conocimiento y la actitud sobre el traumatismo dentoalveolar en participantes de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Año 2018**

#### **I. Introducción**

A continuación, usted realizará una encuesta para medir el nivel de conocimiento sobre manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar. Agradecemos de antemano, su disposición voluntaria para la realización de esta encuesta. Por favor responda las preguntas.

#### **II. Información personal**

Género: Masculino ( ) Femenino ( )

Edad: \_\_\_\_\_

#### **III. Cuestionario**

##### **A. Conocimiento respecto a los traumatismos dentoalveolares**

##### **- Dimensión: Manejo en el lugar del accidente “casos clínicos”**

**Caso I:** Durante el recreo, un niño de 9 años de edad, fue golpeado en la cara con una pelota de baloncesto. Dos dientes superiores se rompieron.

**1. ¿Esos dientes superiores que se han roto es probable que sean temporales (de leche) o permanentes?**

- a. Dientes temporales (de leche).
- b. Dientes permanentes.
- c. No lo sé.

- 2. ¿Cuál de las siguientes medidas consideraría usted como la más apropiada?**
- a. No darle importancia, simplemente que se enjuague con agua.
  - b. Recoger los trozos de los dientes rotos y después de las clases, ponerse en contacto con sus padres para explicarles lo que pasó.
  - c. Recoger los trozos de los dientes rotos y con sus padres, enviar rápidamente al niño al odontólogo más próximo.
  - d. Recoger los trozos de los dientes rotos y con sus padres, enviar rápidamente al niño al centro hospitalario de urgencias más próximo.

**Caso II:** Durante el intercambio de clases, una niña de 13 años se cayó por las escaleras y se golpeó en la boca. Su boca estaba sangrando y se apreció que le faltaba un diente superior, que se le había salido el diente completo de su boca (avulsión dental).

**3. ¿Qué es lo que haría?**

- a. Tranquilizaría a la niña y le colocaría un pañuelo para que lo muerda y se detenga el sangrado.
- b. Lavaría el diente y se lo daría a la niña para que se lo llevara a casa.
- c. Recogería el diente y llevaría a la niña al odontólogo.
- d. Recolocaría el diente en su sitio original de la boca.

- **Dimensión: Manejo en el lugar del accidente. conocimientos y actitudes sobre el manejo del diente avulsionado**

**4. ¿Recolocaría en su lugar un diente que debido a un golpe se ha salido completamente de su lugar en la boca (avulsión dental)?**

- a. Sí
- b. No

**5. En el caso de que se trate de un diente de leche el que debido a un golpe se ha salido de su lugar en la boca (avulsión dental), ¿cree que debería ser recolocado?**

- a. Sí
- b. No
- c. No lo sé

- 6. Si un diente permanente, como consecuencia de un golpe, se ha salido de su lugar en la boca (avulsión dental). ¿Cuándo aconsejaría acudir al odontólogo más cercano?**
- a. No es necesario acudir al odontólogo
  - b. Inmediatamente
  - c. En los primeros 30-60 minutos después del accidente
  - d. En las primeras horas después del accidente.
- 7. Supongamos que decide recolocar el diente que ha salido de su lugar en la boca en su sitio original. Antes de recolocarlo, ¿qué es lo que haría con él?**
- a. Lo limpiaría meticulosamente con un cepillo
  - b. Lo lavaría con agua
  - c. Lo lavaría con alcohol
  - d. No haría falta limpiarlo, lo recolocaría sin hacer nada más.
- 8. ¿Cuándo piensa que debe llevarse a cabo la recolocación del diente en su sitio original de la boca?**
- a. Inmediatamente
  - b. A los 15-30 minutos después del golpe
  - c. A los 30-60 minutos después del golpe
  - d. No hay límite de tiempo
- 9. Suponiendo que no recoloca el diente en su lugar original de la boca, ¿qué medio de almacenamiento o transporte emplearía para el traslado del diente al odontólogo?**
- a. Un pañuelo
  - b. Guardado en agua
  - c. Guardado en leche
  - d. Guardado en suero fisiológico
  - e. Guardado en hielo
- 10. En resumen, ante cualquier tipo de traumatismo dental. ¿Cuándo aconsejaría acudir al odontólogo más cercano?**
- a. No es necesario acudir al odontólogo
  - b. Lo antes posible
  - c. En la primera semana después del accidente

- **Dimensión: Manejo en consulta de los traumatismos dentales**

- 11. En dentición temporal, en general, cuando un diente traumatizado tiene afectados los tejidos de sostén, ¿se recomienda la ferulización del mismo?**
- a. Sí
  - b. No
- 12. En dentición temporal, ¿ante qué tipo de traumatismo es más probable que aparezcan secuelas en el diente permanente?**
- a. Subluxación
  - b. Luxación lateral
  - c. Luxación extrusiva
  - d. Luxación intrusiva
  - e. Avulsión
- 13. En dentición permanente, en general, cuando un diente traumatizado tiene afectados los tejidos de sostén, ¿se recomienda la ferulización del mismo?**
- a. Sí
  - b. No
- 14. Ante la posibilidad de poner una férula en un diente traumatizado. ¿Qué tipo de férula emplearía?**
- a. Erich
  - b. Rígida
  - c. Flexible
  - d. Cualquier tipo de férula es válida
  - e. No lo sé
- 15. ¿Durante cuánto tiempo emplearía la férula en el diente avulsionado reimplantado?**
- a. 5 días
  - b. 14 días
  - c. 1 mes
  - d. 2 meses
  - e. No lo sé

- 16. ¿Qué normas de higiene prescribiría tras un traumatismo?**
- a. No importa la dieta
  - b. Cepillo quirúrgico
  - c. Colutorio clorhexidina
  - d. b y c son correctas
  - e. Todas son correctas
- 17. Un paciente de 9 años llega a consulta con un diente avulsionado que ha estado en seco durante 7 h. ¿Qué tratamiento inmediato realizaría?**
- a. El diente es insalvable. Repondría el diente avulsionado mediante una prótesis.
  - b. Sería suficiente limpiar la superficie de la raíz y el alveolo con solución salina, reimplantar el diente, ferulizarlo y dar terapia antibiótica.
  - c. Colocaría el diente en una solución de fluoruro (fluoruro de sodio 2%), limpiaría el alveolo con solución salina, realizaría tratamiento endodóntico, reimplantaría el diente, ferulizaría y daría terapia antibiótica.
  - d. La ferulización se hace durante 4 semanas
  - e. c y d son correctas
- 18. Un niño de 7 años de edad se cayó en casa aproximadamente 30 minutos antes del examen clínico y radiográfico. Mostraba una fractura coronal de esmalte y la dentina con exposición pulpar de 1 mm y no contaminada. La etapa de formación de la raíz era incompleta (ápice abierto). ¿Qué tratamiento inmediato realizaría?**
- a. Recubrimiento pulpar directo
  - b. Pulpotomía parcial
  - c. Pulpotomía total
  - d. Tratamiento de conductos
  - e. a y b son correctas
- 19. Ante una fractura radicular del tercio apical, ¿qué tratamiento inmediato realizaría?**
- a. Realizar tratamiento de conductos, y ferulizar con un perno intraconducto
  - b. Ferulización rígida
  - c. Realizar tratamiento de conductos
  - d. Ferulización flexible
  - e. c y d son correctas

**20. Ante un paciente que se ha caído y golpeado en la boca, pero aparentemente no se ha hecho ninguna herida, ¿qué haría?**

- a. No es necesario hacer nada
- b. Realizaría una exploración clínica y seguimiento
- c. Realizaría una exploración clínica y radiográfica
- d. Realizaría la anamnesis, exploración clínica y radiográfica
- e. Realizaría la anamnesis, exploración clínica y radiográfica, y seguimiento

**B. Actitud respecto a los traumatismos dentoalveolares**

1	Actitud en Subluxación	<input type="checkbox"/> Favorable
		<input type="checkbox"/> No favorable
2	Actitud en fractura radicular	<input type="checkbox"/> Favorable
		<input type="checkbox"/> No favorable
3	Actitud en Avulsión	<input type="checkbox"/> Favorable
		<input type="checkbox"/> No favorable
4	Actitud en Fractura coronal no complicada	<input type="checkbox"/> Favorable
		<input type="checkbox"/> No favorable
5	Actitud en Fractura coronal no complicada ápice abierto	<input type="checkbox"/> Favorable
		<input type="checkbox"/> No favorable
6	Pasos a seguir en una infracción	<input type="checkbox"/> No favorable
		<input type="checkbox"/> Favorable
7	Experiencia en clínica	<input type="checkbox"/> Con experiencia
		<input type="checkbox"/> Sin experiencia

**Anexo N°02**  
**Consentimiento informado**

Estimado Profesional:

Soy la Bachiller Jessica Karilyn, LICITO UNTIVEROS de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable del trabajo de investigación titulada: “Nivel de conocimiento y la actitud sobre el traumatismo dentoalveolar en participantes de postgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018”.

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el traumatismo dentoalveolar en los alumnos de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, período académico 2018- II.

Para poder participar del estudio, usted tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima, el cual le demandará un tiempo promedio de 10 minutos. La información que Ud., brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que este afecte de alguna manera. Por participar del estudio Ud., no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse a los siguientes teléfonos \_\_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_ dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado “Nivel de conocimiento y la actitud sobre el traumatismo dentoalveolar en participantes de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018”, realizado por la Bach. Jessica Karilyn, LICITO UNTIVEROS.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del participante

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

DNI N

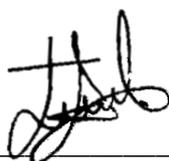
## Anexo N°03

### Autorización y declaración jurada de autoría y originalidad

Yo,<sup>(1)</sup> Jessica Karilyn Licito Untiveros, con DNI<sup>(2)</sup> 46165440 en mi condición de autora de la tesis presentada para optar el TITULO PROFESIONAL de<sup>(3)</sup> Cirujano Dentista de título<sup>(4)</sup> “Nivel de conocimiento y la actitud sobre el traumatismo dentoalveolar en participantes de posgrado de la universidad inca Garcilaso de la vega, año 2018”, **AUTORIZO** a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega (UIGV) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO**<sup>1</sup> que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de<sup>(5)</sup> (14%) y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 12 días del mes de octubre del año 2023.



Licito Untiveros, Jessica Karilyn

DNI: 46165440

Mg. CD. Esp. María Dalby Morla

DNI:

- (1) Apellidos y Nombres
- (2) DNI
- (3) Grado o título profesional
- (4) Título del trabajo de Investigación
- (5) Porcentaje de similitud

<sup>1</sup> Se emite la presente declaración en virtud a lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

## Anexo N°04

### Informe de originalidad - Turnitin



## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: J. L.  
Título del ejercicio: Turnitin J.L. (29-10-22)  
Título de la entrega: Evaluación Turnitin (29-10-22)  
Nombre del archivo: Tesis\_Licito\_29-10-22.pdf  
Tamaño del archivo: 1.23M  
Total páginas: 100  
Total de palabras: 22,192  
Total de caracteres: 117,315  
Fecha de entrega: 29-oct.-2022 09:57a. m. (UTC-0500)  
Identificador de la entrega... 1938645688



## Anexo N°05

### Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo	Valor
<p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Nivel de conocimiento sobre el traumatismo dentoalveolar</p>	<p>Es el aprendizaje adquirido que posee un individuo respecto a las lesiones dentoalveolares y a su manejo terapéutico.<sup>26,27</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo en el lugar del accidente: casos clínicos</li> <li>- Manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado</li> <li>- Manejo en la consulta de los traumatismos dentales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ítems de 1 al 3.</li> <li>- Ítems de 4 al 10.</li> <li>- Ítems de 11 al 20.</li> </ul>	Nomina	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo: de 0 a 30 puntos.</li> <li>- Medio: de 31 a 50 puntos.</li> <li>- Elevado: de 51 a 60 puntos.</li> </ul>
<p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>Actitud sobre el traumatismo dentoalveolar</p>	<p>Es la predisposición evaluativa o afectiva que toma un individuo para responder favorable o desfavorablemente frente a las lesiones dentoalveolares.<sup>26,27</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud</li> <li>- Experiencia clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ítems de 1 al 6.</li> <li>- Ítem 7.</li> </ul>	Nominal	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No favorable: de 0 a 3 puntos.</li> <li>- Favorable: de 4 a 7 puntos.</li> </ul>

## Anexo N°06

### Matriz de consistencia

<b>MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>					
<b>Título:</b> Nivel de conocimiento y la actitud sobre el traumatismo dentoalveolar en participantes de postgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2018					
<b>Autor:</b> Bachiller Jessica Karilyn, LICITO UNTIVEROS					
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	METODOLOGÍA
<p><b>Problema General</b> ¿Cuál es el nivel de conocimiento y la actitud sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar en los alumnos participantes de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018?</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente: casos clínicos?</li> <li>2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado?</li> <li>3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el manejo en consulta de los traumatismos dentales?</li> <li>4. ¿Cuál es la actitud que tienen los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar?</li> <li>5. ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar?</li> </ol>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el manejo estomatológico del traumatismo dentoalveolar en los alumnos participantes de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente: casos clínicos.</li> <li>2. Determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo en el lugar del accidente del diente avulsionado.</li> <li>3. Determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo en consulta de los traumatismos dentales.</li> <li>4. Determinar la actitud que tienen los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar.</li> <li>5. Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los participantes respecto al traumatismo dentoalveolar.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Variable independiente</b>  Nivel de conocimiento del traumatismo dentoalveolar.</li> <li>- <b>Variable dependiente</b>  Actitud frente al traumatismo dentoalveolar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con respecto a la variable independiente son las preguntas que corresponden a cada una de las dimensiones:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo en el lugar del accidente Casos clínicos: preguntas del 1 al 3.</li> <li>• Manejo en el lugar del accidente del Diente avulsionado: preguntas del 4 al 10.</li> <li>• Manejo en la Consulta de los traumatismos dentales: preguntas del 11 al 20.</li> </ul> </li> <li>- Con respecto a la variable dependiente son las preguntas que corresponden a la dimensión respectiva:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud: preguntas de 1 a la 6</li> <li>• Experiencia clínica: pregunta 7</li> </ul> </li> </ul>	<p>Nominal</p>	<p><b>Diseño</b> No experimental – descriptivo.</p> <p><b>Nivel de Investigación</b> Descriptivo.</p> <p><b>Tipo Investigación</b> Descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.</p> <p><b>Enfoque</b> Cuantitativa.</p> <p><b>Población</b> La población estuvo conformada por los participantes de posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, del ciclo académico 2018-II.</p> <p><b>Muestra</b> La muestra estuvo constituida en forma no aleatoria por conveniencia, constituida por 69 alumnos participantes de la institución universitaria y período antes mencionados, además de aquellos que cumplieron con los criterios de selección.</p> <p><b>Técnica Estadística</b> Para el procesamiento de los datos se utilizará una:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estadística descriptiva</li> <li>▪ Estadística Inferencial</li> </ul>           Tanto para el procesamiento de los objetivos como para la información que se obtendrá en la ejecución del proyecto.         </p>