

T
617.6
A71

NO SALE A
DOMICILIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE TRAUMATISMOS
DENTOALVEOLARES EN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO POBLADO
VILLACRUZ, CARRETERA IQUITOS-NAUTA”**

Presentado por:

Bach. Karen Arista Filomeno

Bach. Wendy Roxana Sánchez Mosqueda

Asesores:

Álvaro Percy Olarte Velásquez, CD, Esp ROMF, Mg.

Iris Vela Sandoval, CD.

Iquitos- Perú

2014

DONADO POR:
Karen Arista F. lomeno y
otra.
Iquitos, 11 de 08 de 2014



000 97



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 07 días del mes de Febrero del 2014, siendo las 12 pm, se constituyeron en la Facultad de Odontología el jurado nombrado por la Facultad de Odontología con Resolución de Coordinación N° 117-2013-FO-UNAP, integrado por los siguientes docentes: **Dr. RAFAEL FERNANDO SOLOGUREN ANCHANTE** (Presidente), **Dr. Alejandro Chávez Paredes** (Miembro), **Dr. JAIRO RAFAEL VIDAURRE URRELO** (Miembro), y se dio inicio el acto de sustentación pública de la tesis: **"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES EN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO POBLADO VILLACRUZ, CARRETERA IQUITOS-NAUTA"**, presentado por las Bachilleres en Odontología **KAREN ARISTA FILOMENO** y **WENDY ROXANA SANCHEZ MOSQUEDA**, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, que otorga la Universidad de acuerdo a la Ley y al Estatuto vigente.

Después de haber escuchado con mucha atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas en forma, Adeuada

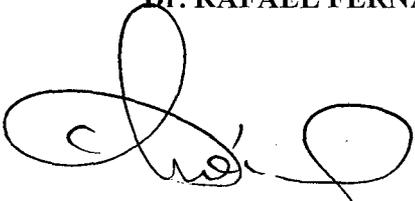
El Jurado luego de las deliberaciones correspondientes en privado, llegó a la conclusión siguiente:

La tesis ha sido: Aprobada por: Unanimitad

Siendo las 1:25 pm se dio por terminado el acto sustentatorio.

Agradeciendo a las sustentantes por su exposición.


Dr. RAFAEL FERNANDO SOLOGUREN ANCHANTE
Presidente


DR. ALEJANDRO CHAVEZ PAREDES
Miembro


Dr. JAIRO RAFAEL VIDAURRE URRELO
Miembro

TESIS:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE TRAUMATISMOS
DENTOALVEOLARES EN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO POBLADO
VILLACRUZ, CARRETERA IQUITOS-NAUTA”**

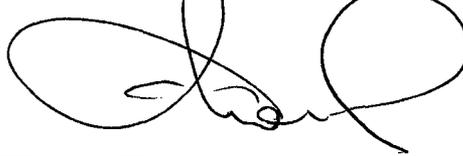
FECHA DE SUSTENTACIÓN:..... 07 de Febrero del 2014

MIEMBROS DEL JURADO



CD. RAFAEL FERNANDO SOLOGUREN ANCHANTE, Dr.

Presidente Jurado de Tesis



CD. ALEJANDRO CHAVEZ PAREDEZ, Dr.

Miembro



CD. JAIRO RAFAEL VIDAURRE URRELO, Dr.

Miembro



CD. ÁLVARO PERCY OLARTE VELÁSQUEZ, Mg. Esp.

Asesor de Tesis



CD. IRIS VELA SANDOVAL.

Asesor de Tesis

CD. ÁLVARO PERCY OLARTE VELÁSQUEZ, Esp. ROMF, Mg.

CD. IRIS VELA SANDOVAL.

ASESORES DE LA TESIS

INFORMAMOS:

Que, las bachilleres Karen Arista Filomeno y Wendy Roxana Sánchez Mosqueda, han realizado bajo nuestra dirección, el trabajo contenido en el Informe Final de Tesis titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES EN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO POBLADO VILLACRUZ, CARRETERA IQUITOS-NAUTA", considerando que el mismo reúne los requisitos necesarios para ser presentado al Jurado Calificador.

Autorizo:

A los citados bachilleres a presentar el Informe Final de Tesis, para proceder a su sustentación cumpliendo así con la normativa vigente que regula los Grados y Títulos en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y el coraje de salir adelante.

A mis padres, quienes con su ejemplo de

perseverancia y deseos de superación me

enseñaron a no rendirme. A mi familia en general quienes de alguna u otra manera me brindaron su apoyo moral e incondicional durante mi formación profesional.

KAREN ARISTA FILOMENO

A Dios por guiarme en la vida, por darme una hermosa familia y las fuerzas de seguir adelante.

A mis amados padres Nati y Carlos, por darme la vida, su apoyo y ejemplo de perseverancia que me enseñaron a levantarme después de los tropiezos presentes en la vida y ante cualquier dificultad que se me presentaron durante mis estudios. A Toda mi familia por darme el apoyo.

A mis amigos y compañeros con los cuales compartí mis años de estudios, los cuales serán inolvidables.

WENDY ROXANA SÁNCHEZ MOSQUEDA

AGRADECIMIENTO

A Dios y a nuestras familias por su apoyo incondicional.

Al CD. Álvaro Percy Olarte Velásquez, asesor de la presente investigación, por brindarnos su dedicación, apoyo, su tiempo incondicional, por su aporte a esta investigación.

A los CD. Rafael Fernando Sologuren Anchante, Alejandro Chávez Paredes y Jairo Rafael Vidurre Urrelo, por su tiempo al dedicar la revisión y/o corrección de la presente investigación.

A los Licenciados Eliseo Zapata y Francisco Valdemar, por el asesoramiento de la parte estadística de la investigación.

A nuestros amigos y colaboradores en nuestro estudio de investigación.

A la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, a nuestra Facultad de Odontología, por la buena formación que nos brindó.

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE TRAUMATISMOS
DENTOALVEOLARES EN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO POBLADO
VILLACRUZ, CARRETERA IQUITOS-NAUTA”**

POR:

**KAREN ARISTA FILOMENO
WENDY ROXANA SÁNCHEZ MOSQUEDA**

RESUMEN

El presente estudio, tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre traumatismos dentoalveolares en los padres de familia del centro poblado Villacruz, carretera Iquitos-nauta. El tipo de investigación fue cuantitativa, el diseño fue no experimental, correlacional, transversal. La muestra estuvo conformada por 174 padres de familia, 1 padre por niño (madre o padre). Los instrumentos empleados fueron cuestionarios de conocimiento y actitud, los cuales fueron validados por juicio de expertos y para la confiabilidad se empleó el alfa de Cron Bach, 0.867 y 0.803 respectivamente.

Entre los resultados más importantes se encontró lo siguiente: el conocimiento de los padres de familia sobre traumatismos dentoalveolares fue regular 82.8%(144), en relación a la actitud de los padres de familia sobre traumatismos dentoalveolares fue 81%(141) con una Actitud favorable. En cuanto al cuestionario de conocimiento, la pregunta menos acertada fue la N°14 ¿Cómo lo llevaría desde que cae al piso hasta que el niño es llevado a la atención de emergencia?” con 3.4%(6), en contraparte obtuvimos la pregunta más acertada que fue la N°7 “Si su niño se le fracturaran los dientes o se salieran los dientes por completo ¿cuál es el primer lugar a donde acudiría?” 82.2% (144 padres), resultados bastantes distantes. En cuanto al cuestionario de actitud, la pregunta N° 2 obtuvo el menor porcentaje de respuestas favorables con 18.4% (32 padres) “Es mejor colocar el diente de hueso en su lugar” sin embargo la pregunta N° 12 obtuvo el mayor porcentaje de respuestas favorables con un 98.8% (172 padres) “Debemos llevar al niño/a inmediatamente al dentista”.

Existe relación estadísticamente significativa ($p=0.006.$) entre el nivel de conocimiento y actitud sobre traumatismos dentoalveolares en los padres de familia del centro poblado Villacruz, carretera Iquitos-Nauta, con un 69.6% de los padres con conocimiento regular y actitud favorable.

Palabra clave: traumatismos dentoalveolares, conocimiento y actitud.

“LEVEL OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE ABOUT DENTALVEOLAR TRAUMATISMS OF THE PARENTS OF THE VILLACRUZ POPULATION IN THE IQUITOS-NAUTA ROAD”

By:

**KAREN ARISTA FILOMENO
WENDY ROXANA SÁNCHEZ MOSQUEDA**

ABSTRAC

The objective of this study was to determine the relationship between the level of knowledge and attitude about dent alveolar traumatismos of the parents of the villacruz population in the Iquitos-Nauta road. The investigation was quantitative; the design was non experimental, correlational, transversal. The sample was composed by 174 parents, one parent per child (mother or father). The instruments used were questionnaires of knowledge and attitude, which both were validated by a trial of experts and for reliability, the alpha of Cronbach was employed, 0.867 and 0.803 respectively.

The most important discoveries were: The parents' knowledge about dent alveolar traumatismos were Regular with 82.8% (144), in relation to the attitude of parents on dent alveolar traumatismos was 81% (141) with a positive attitude. According to the knowledge questionnaire, the question that was less successful was N° 14 ¿How would you take it from the moment it touches the floor until your kid gets attended in emergency?, with 3.4 % (6 parents), and the most successful question was the N° 7 “If your child`s tooth gets partially or completely fractured, ¿which is the first place you would go to?, with 82.2% (144 parents), we found that there was very distant results. According to the attitude, the question N° 2 received the lowest percentage of favorable responses with 18.4 %(32 parents), “It is bets to place the baby tooth in the same place”. However question N°12 received the highest percentage of favorable responses with 98.8% (172 parents), “We must take the child immediately to the dentist”. There is a statistically significant ($p=0.006$) relationship between the level of knowledge and the attitude about dent alveolar traumatismos of the parents the villacruz population in the Iquitos-Nauta road. The 69.6% of parents had regular knowledge and positive attitude.

Keywords: dent alveolar traumatismos, knowledge and attitude.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
CAPITULO I	
1.1 Introducción	12
1.2 Objetivos de la Investigación	14
1.2.1 Objetivo General	14
1.2.2 Objetivos Específicos	14
CAPITULO II	
2.1 Antecedentes	15
2.1.1 Estudios relacionados al tema	15
2.1.2 Aspectos teóricos relacionados al tema	21
2.1.2.1 Conocimiento	21
2.1.2.2 Nivel de Conocimiento	21
2.1.2.3 Actitud	21
2.1.2.4 Traumatismos Dentoalveolares	22
2.1.2.4.1 Introducción	22
2.1.2.4.2 Concepto	23
2.1.2.4.3 Etiología	23
2.1.2.4.4 Grupo de niños más afectados según sexo	24
2.1.2.4.5 Tipo y número de dientes más afectados	25
2.1.2.4.6 Factores predisponentes al traumatismo dental	25
2.1.2.4.7 Tipos de traumas más frecuentes según la dentición	26
2.1.2.4.8 Clasificación de traumatismo dentoalveolar	26
2.1.2.4.9 Definiciones de traumatismos frecuentes en la dentición temporal y permanente	27
2.1.2.4.10 Avulsión en dentición primaria	29
2.1.2.4.11 Avulsión en dientes permanentes	31
2.1.2.4.12 Periodo extraoral y otros factores a considerar en casos de avulsión	32
2.1.2.4.13 Medios de almacenamiento	32
2.1.2.4.14 Prevención	34
2.1.2.4.15 Protocolo de atención de los traumatismos	36
2.2 Marco Conceptual	39
2.2.1 Nivel de conocimiento	39
2.2.2 Actitud	39
2.2.3 Traumatismos dentarios	39
2.3 Hipótesis	40
2.4 Operacionalización de las variables	41
2.5 Indicadores e índices	41
CAPITULO III	
3.1 Metodología	42
3.1.1 Tipo de Investigación	42
3.1.2 Diseño de la Investigación	42
3.1.3 Población y muestra	42
3.1.3.1 Población	42
3.1.3.2 Muestra	43
3.1.4 Procedimientos, técnica e instrumentos de recolección de datos	44

3.1.4.1 Procedimiento de recolección de muestra	44
3.1.4.2 Técnica	44
3.1.5 Procesamiento de la información	45
3.1.6 Protección de Derechos Humanos	45
CAPITULO IV RESULTADOS	46
CAPITULO V DISCUSIÓN	59
CAPITULO VI CONCLUSIONES	64
CAPITULO VII RECOMENDACIONES	65
CAPITULO VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
CAPITULO IX ANEXOS	70
ANEXO N°01 Informe estadístico de validez y confiabilidad	71
ANEXO N°02 Instrumento 01	75
ANEXO N°03 Instrumento 02	80
ANEXO N°04 Consentimiento Informado	84
ANEXO N°05 Cartilla Educativa sobre el manejo de traumatismos Dentoalveolares	85

INDICE DE CUADROS

N°		Pág.
01	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz Carretera Iquitos-Nauta, según Género. Iquitos -2013.....	46
02	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz Carretera Iquitos-Nauta, según Edad. Iquitos -2013.....	47
03	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz Carretera Iquitos-Nauta, según Grado de Instrucción. Iquitos -2013.....	48
04	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Según Conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares. Carretera Iquitos-Nauta- 2013.....	50
05	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Según Respuestas acertadas en los Items sobre Conocimiento de traumatismo dentoalveolares. Carretera Iquitos-Nauta- 2013.....	51
06	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Según Actitud sobre traumatismos dentoalveolares de los niños. Carretera Iquitos-Nauta- 2013.....	53
07	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Según Respuestas acertadas en los Items sobre Actitud de traumatismo dentoalveolares. Carretera Iquitos-Nauta-2013.....	54
08	Conocimiento y Actitudes de los padres de familia sobre traumatismos dentoalveolares en niños del Centro Poblado Villacruz. Carretera Iquitos-Nauta- 2013.....	56
09	Prueba de Chi cuadrado.....	57

INDICE DE GRÁFICOS

N°		Pág.
01	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz Carretera Iquitos-Nauta, según Género. Iquitos -2013.....	47
02	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz Carretera Iquitos-Nauta, según Edad. Iquitos -2013.....	48
03	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz Carretera Iquitos-Nauta, según Grado de Instrucción. Iquitos -2013.....	49
04	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, según Conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares. Carretera Iquitos-Nauta- 2013....	50
05	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, según Respuestas acertadas en los Items sobre Conocimiento de traumatismo dentoalveolares. Carretera Iquitos-Nauta- 2013.....	52
06	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Según Actitud sobre traumatismos dentoalveolares de los niños. Carretera Iquitos-Nauta- 2013.....	53
07	Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Según Respuestas acertadas en los Items sobre Actitud de traumatismo dentoalveolares. Carretera Iquitos-Nauta- 2013.....	55
08	Conocimiento y Actitudes de los padres de familia sobre traumatismos dentoalveolares en niños del Centro Poblado Villacruz. Carretera Iquitos- Nauta- 2013.....	57

CAPITULO I

1.1 Introducción

Los traumatismos dento-alveolares ocurren con mucha frecuencia como producto de accidentes domésticos, los cuales generalmente son atendidos por los padres muchas veces en condiciones inadecuadas.

Por lo mencionado, es evidente que, aquellas personas que atienden estos problemas deben de estar preparadas adecuadamente para evitar serios problemas en la dentición permanente futura, como son por ejemplo: retraso en la secuencia de erupción, problemas estéticos, mal posición dentaria, entre otros. El trauma dentario también trae como secuelas que los niños tiendan a evitar sonreír lo que disminuye su autoestima y perjudica su posterior desarrollo psicosocial.

Al ser un evento fortuito, el tema de los traumatismos dento-alveolares no forma parte del conocimiento básico en salud bucodental en los padres de familia. Por otro lado los establecimientos que prestan servicio de salud bucal (Establecimientos de salud pública, ESSALUD, consulta privada entre otros) no están preparados e implementados adecuadamente para atender dichas emergencias.

La atención de estos accidentes debe ser en forma integral, pero más que eso debe ser inmediata para evitar secuelas que afectaran la salud del niño, entonces, la participación de los padres es trascendental porque los padres son los primeros que atienden los accidentes de sus menores hijos más aun tratándose de niños en edad pre-escolar y escolar.

Por lo tanto, es importante como estrategia de salud pública, incluir un programa de capacitación básica en la atención inmediata de accidentes frecuentes en niños dirigido a los padres de familia en Instituciones Educativas , A.A.H.H., y en otras comunidades de la región algo que casi siempre se ha ignorado.

La UNAP a través de la FO presenta una alternativa de atención a la problemática de salud bucal hacia la comunidad en niños y adultos, en la Clínica Odontológica

a través de programas preventivos en donde participan docentes y alumnos; también brinda campañas preventivas en algunas instituciones educativas.

Por ello, consideramos de importancia brindar información a los padres de familia de cómo actuar ante los traumatismos dento-alveolares para que el niño tenga más probabilidad de ser atendido adecuadamente, lo cual influirá en un buen pronóstico.

El objetivo de la presente investigación fue determinar el conocimiento y la actitud de los padres de familia, en cuanto al manejo inmediato de los traumatismos dento-alveolares en los niños, centro poblado de Villacruz, carretera Iquitos-Nauta.

1.2 Objetivo de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y actitud con respecto a los traumatismos dentoalveolares en los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta.

1.2.2. Objetivos Específicos

- 1. Determinar el nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares en los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta.**
- 2. Determinar la actitud sobre traumatismos dentoalveolares en los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta.**
- 3. Relacionar el nivel del conocimiento ante traumatismos dentoalveolares y la actitud en los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta.**
- 4. Elaborar una cartilla educativa en relación al manejo de traumatismos dentoalveolares dirigido a los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta.**

CAPITULO II

2.1 Antecedentes

2.1.1 Estudios relacionados al tema

PADILLA, E.A., et.al (2005), Departamento de odontopediatría, Facultad de odontología, UNAM- México. El objetivo principal de este estudio fue evaluar el conocimiento que tiene la población de familiares o personas encargadas de los niños que llegan a consulta al departamento de odontopediatría de la división de estudios de postgrado e investigación, FO, UNAM acerca de los traumatismos dentarios. Se encuestó a un total de 100 personas encargadas de estos niños. El cuestionario proporcionado incluía preguntas de opción múltiple relacionados al tema de traumatismos dentarios. Estas preguntas se organizaron en tres partes de acuerdo al tópico de tema: 1. Datos generales de filiación, 2. Experiencia e información previa sobre traumatismos dentarios. 3. Conducta a seguir en diferentes situaciones de accidentes dentarios. Luego de que los encuestados contestaran las preguntas, se les repartió un folleto informativo sobre el tema. Posteriormente los datos fueron organizados y cuantificados para su análisis estadístico. Los resultados mostraron porcentajes muy bajos de conocimiento sobre el tema: 87% de los encuestados nunca recibieron información alguna acerca de la conducta a seguir en estas emergencias. Sólo el 19% contestaron correctamente lo que harían primero en una supuesta situación de TD; solo la mitad de encuestados (49%) mostró interés en recuperar un diente avulsionado, y de ellos, solo el 18% manejaría esta situación correctamente. Con este estudio pudimos concluir que la población analizada no había recibido información de ningún tipo sobre qué hacer en caso de presentarse algún traumatismo dentario. Es por lo tanto importante implementar campañas informativas sobre el tema ya que no se pueden descuidar este aspecto tan frecuente e importante de la profesión odontológica.

AL-JUNDI SH. (2006), Jordania. Estudios realizados en Jordania indicó que la demora en la búsqueda del manejo de emergencias de traumatismo dental lleva a resultados desfavorables incluso a la forma más leve de trauma. El propósito de este estudio descriptivo transversal fue evaluar por medio de cuestionario estructurado, el nivel general de conocimiento de las madres en Jordania con respecto al manejo inmediato de una emergencia de traumatismo dental y está en relación a las variables socioeconómicas. El cuestionario examinó los datos de filiación de las madres, conocimientos básicos de manejo inmediato de dientes fracturados, avulsión y pérdida de la conciencia. También investigó la evaluación del conocimiento de los participantes, actitud de la educación pública y conocimiento de la disponibilidad del servicio de emergencia para traumatismo en Jordania. La muestra consistió de 2215 madres quienes se atendieron en él y centro de cuidado infantil en la capital de Amman y en Irbid (la segunda ciudad más grande de Jordania) dentro de un período de 3 meses (julio a setiembre 2003). En todos los participantes el conocimiento era básico con respecto al manejo de emergencia en casos de traumatismos presentado en el cuestionario sin considerar la edad, nivel educativo, clase socio-económica, o número de situaciones previas de traumatismo dental. Generalmente la actitud para educación pública sobre el tema fue positiva y el análisis de chi-cuadrado indicó que el nivel de educación de las madres afectó positivamente en los conocimientos durante la atención de emergencia y la importancia del manejo inmediato del traumatismo dental. Programas educativos que pueden ser agregados para las madres y centros educativos infantiles, protocolos a seguir pueden ayudar a mejorar el conocimiento y concientización de las madres por lo tanto mejorar el resultado de traumatismo dental.

OLIVEIRA TM., et al (2007), Sau Paulo-Brasil. Lesiones traumáticas de dientes que soportarán con frecuencia los niños. Varias de las lesiones traumáticas, avulsión dental son las más grandes interrupciones en la función y estética para los pacientes. El propósito del presente estudio fue evaluar el nivel de conocimiento y actitud de las madres concernientes a avulsión dental. Un cuestionario contiene, 6 preguntas objetivas para la evaluación del conocimiento y actitud de las madres en cuanto al manejo de avulsión dental y procedimientos

de emergencias. Un total de 242 madres participaron en el estudio. La falta de información técnica se observó en varias madres. En conclusión este estudio muestra la necesidad de una mayor comunicación entre el profesional dental y las madres para mejor manejo de las emergencias dentales. Campañas educativas y programas preventivos sobre traumatismo dental deberían organizarse para mejorar en el manejo de emergencias de avulsión dental.

SANTOS ME., et al (2009), Brasil. Lesiones traumáticas dento-alveolares son frecuentes en niños y adolescentes, afectando a los dientes, a sus estructuras internas distintas, partes blandas adyacentes y que contribuyen a la aparición de importantes problemas económicos y psicosociales. Avulsión dentaria, la más grave lesión dento-alveolar, es una urgencia odontológica. El pronóstico del diente avulsionado depende significativamente de acción pronta y eficaz en el sitio del accidente, requiere que los padres y cuidadores estén informados acerca de un manejo correcto de la situación. El objetivo del presente estudio fue evaluar el nivel de conocimiento de los padres o cuidadores concerniente al manejo del diente avulsionados y la asociación entre el nivel de conocimiento, educación, ingresos mensuales y edad. Entrevistamos a 107 padres o cuidadores usando 12 ítems que comprendía el cuestionario con preguntas objetivas, cuyas respuestas recibieron puntuación de 0 a 3. Los resultados muestran que 99% de los entrevistados buscan ayuda profesional inmediatamente, sin embargo el 71 % no sabe lo que es avulsión. Solo 3% utilizaría la leche como medio de almacenamiento y el 16% reimplantaría el diente avulsionado. La distribución del ultimo medio por el nivel de conocimiento de los padres o cuidadores fue el 44.63% con puntuación de 3, 15.88% de puntuación 2, 17.99% con puntuación 1, y 21.47% con puntuación 0, mostrando nivel bajo de conocimiento sobre avulsión dental. Escolaridad, ingresos familiar mensual y edad no fueron incluidos como puntuación de conocimiento de alguna de las 12 preguntas. El nivel de conocimiento de los padre y cuidadores sobre el manejo de los dientes avulsionados es bajo, asociándose con le edad, escolaridad, e ingreso familiar mensual.

VERGOTINE RJ., et al(2010), Chicago-Estados Unidos. El propósito de este estudio fue para: determinar el nivel de conocimientos de los padres en cuanto al manejo inicial de traumatismo y evaluación de los factores que influyen en el nivel de conocimiento. El cuestionario fue entregado a los padres de los pacientes que fueron atendidos en 1 o 2 clínicas dentales. El cuestionario consiste en 3 partes: evaluación del paciente, filiación parental y la de conocimientos de manejo de traumatismo dental. Cuatrocientos sesenta y siete cuestionarios fueron completados. La mayoría de los pacientes tenía seguro médico (79%). La mayoría de padres debería buscar con cuidado para el dentista (71% dientes rotos; 62% dientes avulsionados). Solo el 31% sabía que los dientes permanentes avulsionados podría ser colocados en su mismo lugar y solo el 25% de los padres eligieron la leche como medio de transporte de dientes avulsionados. Solo el 3% de los padres respondieron a las 5 preguntas correctamente en cuanto a manejo de traumatismo y el 10 % no tenía respuestas correctas. El número de respuestas no fue afectado por la ubicación de la clínica, historia de traumatismo previo, el sexo, la educación, o el seguro de salud. Los padres de los pacientes revocados tuvieron respuestas correctas ($p < .05$). Concluyendo el conocimiento de manejo de traumatismo dental fue malo. El factor que los padres de los pacientes reconvocados tuvieron algo más de conocimientos como resultado de la visita al dentista puede ser un vehículo para una educación efectiva. El manejo de traumatismo dental debe ser parte de la educación para la salud dental en las visitas al dentista.

HASHIM R. (2012), Ajman-UAE. A fin de evaluar mediante un cuestionario estructurado, el nivel de conocimientos de las madres con respecto al manejo situaciones de emergencia inmediata de los traumatismos dentales en Emérita de Ajman, UAE. El estudio transversal mediante cuestionarios estructurados anónimo fue empleado para madres, escogidas al azar de centros de cuidado infantil. El cuestionario exploraba los antecedentes de la madre, conocimiento y manejo de las fracturas de dientes, avulsiones, y también investigó la evaluación de la madres de su conocimiento para aprovechar y priorizar los servicios de emergencia ante los traumatismos en UAE. La muestra consiste de 676 madres (promedio de respuestas 96.6) que asistieron al centro de atención materno

infantil en Ajman en un período de dos meses (enero- febrero 2011). Más de la mitad de las madres que participaron en este estudio fueron más de veinte años y el 69.4 tenían títulos universitarios. Alrededor de 61.5% de las madres tuvieron anterior experiencia directa o indirecta de los traumatismos dentales. El conocimiento de las madres de traumatismo dental pareció inadecuado. Prueba de chi-cuadrado indico que no hubo diferencia significativa en el número de respuestas correctas en relación a la edad, nivel de educación, o número de casos observados de traumatismo. La mayoría de madres ignoraron el trabajo de asistencia inmediata. Descontento con el nivel de conocimiento sobre traumatismos dentales, la mayoría se interesaron en tener educación sobre el tema. Conclusiones el nivel de conocimiento del manejo de traumatismos dentales entre las madres en Ajman eran inadecuada y las campañas educativas son necesarias para mejorar el manejo de emergencia de las lesiones dentales. Por lo tanto es importante la educación del público para asistencia inmediata aprovechando los primeros instante después del suceso, hasta la búsqueda de ayuda profesional en casos de traumatismos dentales.

PÉREZ J. A. (2012), Iquitos-Perú. El presente estudio, tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud frente a traumatismos dentales en niños, del personal del INABIF, Iquitos – 2012. El tipo de investigación fue cuantitativa; el diseño fue descriptivo, correlacional. La muestra estuvo conformada por 40 trabajadores de ambos sexos del INABIF, Iquitos. Los instrumentos utilizados para identificar el nivel de conocimiento y actitud del personal del INABIF fueron cuestionarios, los cuales fueron validados por juicio de expertos. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente. El conocimiento de los trabajadores sobre traumatismos dentales en niños fue regular con un 72,5%. En relación en la actitud del personal del INABIF sobre traumatismos dentales 80% con una actitud favorable Existe evidencias estadísticas suficientes entre el nivel de conocimiento y actitud frente a traumatismos dentales en niños del personal de INABIF, Iquitos-2012 (Chi cuadrado=6.14, $p=0,013$); es decir se acepta la hipótesis planteada que existe relación entre estas dos variables.

YASSEN GH, et al (2013), Mosul-Iraq. Evaluación de conocimiento y actitud a las madres iraquíes en relación al trauma dental prevención y tratamiento. 231 madres que visitaron dos profesionales en los centros dentales en Mosul, Iraq, fueron encuestadas y respondieron un cuestionario que consta de tres partes, preguntas acerca de las variables demográficas, actitudes y conocimiento de traumatismo dental. Las relaciones de las variables demográficas con el conocimiento total de las respuestas correctas fueron analizadas utilizando dos muestras para realizar la prueba. El número de respuestas correctas en cuanto a manejo de dientes avulsionados en comparación con los dientes fracturados fue evaluado mediante una prueba de emparejado. Un 5% del nivel de significación estadística se aplicó para el análisis. Resultados la puntuación media de conocimiento fue de 5.2 (sobre la escala de 0- 10). No se encontraron diferencias significantes en los conocimientos con respecto a la edad de las madres, nivel de educación, situación laboral, experiencia personal con trauma dental o formación en primeros auxilios ($p > 0.05$). Las madres con al menos un nivel de educación secundaria o previo experiencia con trauma dental tenían más probabilidades de recomendar a sus hijos de llevar protectores bucales durante la práctica de deporte ($p= 0.02$ y $p= 0.03$, respectivamente). Las madres que fueron de 35 años de edad y mayores tenían más probabilidades de saber cómo cuidar correctamente de dientes avulsionados para un dentista. El conocimiento de las madres en cuanto a manejo de diente fracturado fue significativamente alto en comparación del diente avulsionado. Concluyendo que las madres en Mosul, Iraq, no tienen suficiente conocimiento sobre la prevención y manejo de lesiones traumáticas dentales. Los programas de intervención deberían de considerar incluir a las madres concientizando en cuanto a lesiones dentales.

2.1.2 Aspectos teóricos relacionados al tema

2.1.2.1. CONOCIMIENTO

RODRIGUEZ M (2002).El conocimiento siempre implica una dualidad de realidades de un lado, el sujeto cognoscente y el objeto conocido, que es poseído en cierta manera por el sujeto cognoscente. El pensamiento es un conocimiento intelectual.

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella. Ahora bien, la propia realidad presente niveles y estructuras diferentes en su constitución.

Se tiene así cuatro especies de consideraciones sobre la misma realidad, el hombre, y en consecuencia, tenemos 4 niveles de conocimiento:

1. **Conocimiento empírico:** es el conocimiento popular obtenido por azar luego de innumerables tentativas.
2. **Conocimiento científico: este conocimiento va más allá del empírico:** por medio de él, trascendió el fenómeno, se conocen las causas y leyes que lo rigen.
3. **Conocimiento filosófico:** este conocimiento se distingue del científico por el objeto de la investigación y por el método.
4. **Conocimiento teológico:** es el conocimiento relativo a dios aceptado por la fe teológica.

2.1.2.2. NIVEL DE CONOCIMIENTO

REYES Z. et al 2004. Conjunto de información y vivencias adquiridas mediante el esfuerzo diario de cada individuo sobre un determinado tema, el cual le permite mostrar alternativas de solución ante determinados eventos que se puedan presentar en su vida cotidiana.

2.1.2.3. ACTITUD

Rivera R., (2011) Ander-Egg nos define actitud como “una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a

determinadas personas, objetos o situaciones”. Además señala la diferencia entre actitud y opinión, la cual constituiría una “posición mental consciente, manifiesta sobre algo o alguien, que no implica disposición a la acción”.

Una actitud es una predisposición aprendida para responder conscientemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos. Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos que hacen referencia.

Las actitudes sólo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” no como “hechos”.

2.1.2.4. TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

2.1.2.4.1. INTRODUCCIÓN

Castillo R., et al, 2011. Los niños y los adolescentes están permanentemente expuestos a sufrir accidentes por las actividades que diariamente realizan, ya sea practicando deportes o en forma casual, aun en lugares protegidos como puede ser su centro de estudios o su propia casa.

El aumento de la violencia ha incrementado el número de injurias traumáticas en niños y adolescentes siendo más manifestada en adolescentes.

La reacción inmediata del paciente a un traumatismo dento-alveolar no solo se manifiesta con dolor; hay también una gran desazón seguida de una depresión y preocupación por el pronóstico del caso. El niño es afectado psicológicamente lo mismo ocurre con los padres; es por ello que el odontopediatra debe estar preparado para manejar cautelosamente la situación emocional que viven los protagonistas.

Tan importante es preocuparse por el trauma que sufren los dientes permanentes como los dientes primarios. Cada uno de ellos tiene una función específica que cumplir a determinada edad; por eso no debe subestimarse un traumatismo aun siendo este leve.

2.1.2.4.2. CONCEPTO

SCOTT, 1979. Aquellas lesiones violentas de los traumatismos dentarios y peridentarios producidos por agentes externos excluyendo de este concepto el desgaste por el uso ya sea de tipo fisiológico (atrición) o patológico (abrasión).

2.1.2.4.3. ETIOLOGÍA

ADREASEN JO et al., (1900) La causa más usual de una fractura coronaria es un impacto frontal, cuya energía excede la resistencia al corte del esmalte y la dentina. El diente es fracturado según la dirección de los prismas del esmalte siguiendo un patrón horizontal. Si el impacto proviene de otra dirección, puede verse otras líneas de fractura. El estado pulpar, a continuación de una fractura coronaria depende de varios factores: la existencia o no de una luxación concomitante y el estadio de desarrollo radicular, la existencia o no la exposición dentaria y el tiempo transcurrido desde el traumatismo hasta el recubrimiento dentario (así como el tipo de recubrimiento dentario usado). Los impactos frontales llevan a la avulsión con los consiguientes perjuicios para la pulpa y el ligamento periodontal. En esa circunstancia, aun los impactos horizontales leves pueden dar resultado la dislocación total del diente.

Este tipo de accidentes empieza a ocurrir tan pronto como el niño inicia su locomoción autónoma; algunos como resultado de caídas en los primeros intentos por sentarse, pero el nivel de frecuencia más alto se encuentra cuando el niño empieza a caminar. La poca coordinación, la falta de experiencia y las actividades entusiastas del niño en el juego, en la mayoría contribuyen a los traumatismos, otras causas son los accidentes automovilísticos, el triciclo, patines, columpios, llaves de agua, y muebles caseros.

En un niño pequeño que está aprendiendo a caminar y a correr, la coordinación y el juicio no están desarrolladas por completo, y con frecuencia sufren lesiones de caída. Cabe señalar que los traumas en la región orofacial son a menudo un componente de un maltrato infantil. El niño maltratado es por general mucho más pequeño y los síntomas incluyen

múltiples magulladuras en el cuerpo y también laceraciones en la boca y dientes lesionados. Al llegar el niño a la edad escolar, los accidentes en el patio de la escuela son muy comunes, la mayoría de caídas son producidas por caídas y colisiones mientras juegan y corren. Las lesiones resultantes de accidentes ciclisticos también son prevalentes en este grupo etáreo. Se destacan también las lesiones de los adolescentes se deben a muchas veces a deportes de contacto, como hockey sobre hielo, futbol, rugby o basquetbol.

Da Costa et al., 1999. Desde muy temprano en la vida, el niño está expuesto a episodios traumáticos en diferentes grados de intensidad. Así, cuando comienza a dar sus primeros pasos, debido a que aún no tiene la suficiente coordinación motora y juicio para hacer frente a posibles traumas y protegerse adecuadamente, son varias las ocasiones en que cae; de ahí que la mayor frecuencia de traumatismos dento-alveolares en la dentición primaria se presenta de 1 a 3 años de edad.

Koch et al., 1994. En la edad escolar, los accidentes en el patio de la escuela son muy frecuentes, produciéndose traumatismos dentarios por colisiones o caídas mientras corren o juegan.

Parkin, 1967. La etapa de 7 a 14 años aproximadamente, se torna en un ciclo de riesgo, probablemente debido a las prácticas deportivas acentuadas y eventuales juegos radicales (Parkin, 1967).

Duarte et al., 2001; Koch et al., 1994. Los juegos y actividades mucho más violentos de los adolescentes así como la autoconfianza excesiva y negligencia frente a los cuidados personales ponen en riesgo su integridad física, exponiéndolos a diversos traumatismos especialmente dento-alveolares

Así, como los deportes de contacto como fútbol, básquetbol, etc. Pueden ocasionar más de un traumatismo dental.

2.1.2.4.4. GRUPO DE NIÑOS MÁS AFECTADOS SEGÚN SEXO

La frecuencia de traumatismos es mayor en niños que en niñas (Parkin, 1967) encontrándose el doble en algunos casos (Andreasen, 1984) y hasta el

triple en varones que en mujeres con dentición permanente debido probablemente a la mayor participación de estos en actividades deportivas más agresivas y de mayor riesgo que muestran muchos de ellos. (Sandalli et al., 2005).

2.1.2.4.5. TIPO Y NÚMERO DE DIENTES MÁS AFECTADOS

ADREASEN JO et al., (1900) Las lesiones que ocurren en el hogar, por lo general involucran un solo diente, las producidas por accidentes de tránsito son más severas y pueden afectar varios dientes, o a los tejidos de soporte y a los tejidos blandos. Los accidentes deportivos ocasionan, a menudo, las lesiones en los tejidos duros y los actos de violencia provocan mayor número de lesiones en los tejidos periodontales.

Correa et al., 2005; Sandalli N et al., 2005; Andreasen, 1984.El incisivo central superior es el diente más afectado, seguido de los incisivos laterales superiores, incisivos centrales inferiores, en dentición primaria como permanente.

Da Costa et al., 2005.No existe predilección por la hemiarcada; sin embargo malformaciones asimétricas del maxilar superior debido al uso de chupón o succión digital, podrían predisponer a una mayor frecuencia de traumatismos de ese lado.

2.1.2.4.6. FACTORES PREDISPONENTES AL TRAUMATISMO DENTAL

Escobar FM.1990

Discapacitados mentales

Maloclusión

Factores mecánicos

Anomalías dentales

Factores médicos (convulsiones, etc.)

Factores socioeconómicos.

Un estudio coincide con el realizado por Jamani and Fayyad, mencionado por Ferreira y col. que afirmó que las familias con alto poder adquisitivo son más

propensas a experimentar trauma dental, debido a que tienen mayor acceso a deportes de extrema aventura tales como: piscinas, patines y skateboards.

2.1.2.4.7. TIPOS DE TRAUMAS MÁS FRECUENTES SEGÚN LA DENTICIÓN

Koch et al., 1994; Correa et al., 2005. Los traumatismos en la dentición primaria son aquellos que afectan principalmente a los tejidos de soporte o periodontales, tales como luxaciones subluxaciones, intrusiones, avulsiones, etc. debido principalmente a que el hueso en el niño pequeño es mucho más resiliente y el tejido óseo es relativamente flexible, lo cual permite que los dientes se movilicen dentro de su alveolo, en vez de sostenerlos con firmeza pudiendo fracturarse.

Andreasen, 1984; Koch et al., 1994. En cambio en la dentición permanente, el tipo de traumatismo dentario más común es aquel que está acompañado de fracturas de corona principalmente esmalte y dentina, que contribuyen a una firme inserción de dientes en el alveolo y hay mayor densidad en el hueso alveolar.

2.1.2.4.8. CLASIFICACIÓN DE TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

ADREASEN JO et al, 1900. Según el mecanismo, los traumas dentarios pueden clasificarse en directos e indirectos. Los primeros se producen cuando un objeto móvil encuentra un niño inmóvil, viceversa o ambos, los segundos resultan del cierre brusco y fuerte de la mandíbula, haciendo chocar ambas. Los traumatismos indirectos suelen resultar de una caída donde el golpe inicial es a la altura del borde inferior de la sínfisis mandibular, dejando, si ha sido intenso, hematoma en esa región y causando la fractura de las cúspides de los molares por el cierre violento de la mandíbula, estas fracturas no son fácilmente observables a menos que se les explore de primera intención.

La presente clasificación se basa en un sistema adoptado por la Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional de

enfermedades aplicadas a la odontología y estomatología, ampliada por J.O. Andreasen y F.M. Andreasen (Andreasen J. Y col., 1994).

Se puede aplicar tanto a la dentición permanente como primaria.

Clasificación:

I. Traumatismos sobre los tejidos duros y pulpa dental.

- Infracción del esmalte
- Fractura coronal no complicada
- Fractura coronal complicada
- Fractura corona- raíz no complicada
- Fractura corona- raíz complicada
- Fractura radicular

II. Traumatismo sobre los tejidos periodontales

- Concusión
- Subluxación
- Luxación intrusiva
- Luxación extrusiva
- Luxación lateral
- Avulsión

III. Lesiones del hueso de sostén

- Conminución de la cavidad alveolar
- Fractura de la pared alveolar
- Fractura del proceso alveolar
- Fractura de maxilar y mandíbula

IV. Lesiones de la encía o de la mucosa oral

- Laceración
- Contusión
- Abrasión

2.1.2.4.9. DEFINICIONES DE TRAUMATISMOS FRECUENTES EN LA DENTICIÓN TEMPORAL Y PERMANENTE.

GONZÁLEZ D.C., (2010)

LESIONES A LOS TEJIDOS DUROS Y LA PULPA

- a. Infracción del esmalte: línea de fractura en el esmalte sin pérdida de sustancia dental.
- b. Fractura del esmalte-dentina: pérdida de sustancia dental, afectando el esmalte ó la dentina sin involucrar la pulpa.
- c. Fractura coronal no complicada: fractura que compromete esmalte y dentina y sin exposición de la pulpa.
- d. Fractura corono raíz no complicada: fractura que compromete esmalte, dentina y cemento.
- e. Fractura corono raíz complicada: fractura que compromete esmalte, dentina, cemento y pulpa.
- f. Fractura radicular: fractura que compromete dentina, cemento y pulpa. Subdividida como apical, media y coronal según su ubicación.

LESIONES A LOS TEJIDOS PERIODONTALES

- a. Concusión: trauma sin desplazamiento o movilidad anormal pero con reacción marcada a la percusión.
- b. Subluxación: lesión a los tejidos de soporte con movilidad anormal pero sin desplazamiento.
- c. Luxación extrusiva (avulsión parcial): desplazamiento parcial del diente fuera del alveolo.
- d. Luxación lateral: desplazamiento del diente fuera de la dirección axial, con fractura ó conminución del hueso alveolar.
- e. Luxación intrusiva: desplazamiento del diente dentro del hueso alveolar, acompañado de conminución o fractura del hueso alveolar.

f. **Avulsión:** desplazamiento total del diente fuera de su alveolo. Es considerada como el trauma dental más severo , debido a que la fuerza que causa el impacto es de tal magnitud que lo remueve completamente de su posición original en el alveolo generando una lesión en el ligamento periodontal, la gingiva y la ruptura del paquete vasculonervioso, afectando tanto a niños como adolescentes. Generalmente los impactos frontales producen la avulsión.

LESIONES AL HUESO DE SOPORTE

a. **Conminución del hueso alveolar del maxilar superior o inferior:** aplastamiento y compresión del hueso alveolar. Se observa en luxaciones intrusivas y luxaciones laterales.

b. **Fractura de la pared del hueso alveolar del maxilar superior o inferior:** fractura confinada a la pared labial o lingual del alveolo.

c. **Fractura del proceso alveolar del maxilar superior o inferior:** fractura del proceso alveolar que puede o no comprometer los procesos alveolares.

d. **Fractura de la mandíbula o del maxilar,** puede o no afectar al alveolo

2.1.2.4.10. AVULSIÓN EN DENTICIÓN PRIMARIA

ETIOLOGÍA

La caída es el factor etiológico más común seguido de las colisiones con otros niños. Jorge y col.

Como otras causas podemos considerar a las agresiones físicas, actividades deportivas, y accidentes automovilísticos. El estudio realizado por Avsar y Topaloglu en el 2009 mostró que la caída es la causa más frecuente de todo traumatismo dentoalveolar, seguido de los impactos con objetos.

EPIDEMIOLOGÍA

Skaare AB, et al. , 2005. Las avulsiones representan del 7 al 13 % de todas las injurias de la dentición primaria. En el estudio realizado por Skaare y Jacobsen el año 2005, los autores mencionaron que el mayor número de

casos de avulsión se presentaron en los niños a los 3.5 años de edad y en las niñas a los 5 años de edad.

Zamon El et al., 2001. Mencionaron que los dentistas y en especial los odontopediatras que atienden a niños menores de 4 años presentan más probabilidades de atender casos de avulsión dentaria. Y dentro de este grupo, los niños que tiene de 1 a 3 años de edad son los que tienen mayor probabilidad de caerse, debido a que a esta edad empiezan a caminar, correr y a descubrir el mundo que los rodea.

Choi SC et al., 2010. Cuando ocurre una avulsión en la dentición primaria, la maxila es el área más afectada representando un 89%. Siendo esta a su vez, 9 veces más afectada que la mandíbula.

Sandalli N et al., 2005; Zamon El et al., 2001. En cuanto al tipo de diente más afectado, muchos estudios mencionan que los incisivos centrales superiores son los de mayor prevalencia, seguidos de los incisivos laterales primarios.

Andreasen JO et al., 2000; Zamon El et al., 2001; Paredes-Martínez ER et al., 2009. Por lo tanto, los incisivos centrales primarios representan del 21 al 81% de los dientes con mayor injuria durante el trauma dental. En muchos casos reportados, lo más frecuente es que solamente un diente sea el lesionado, aunque puede presentarse el caso en que varios incisivos primarios estén comprometidos.

FACTORES PREDISPONENTES

Un factor que está relacionado directamente con la frecuencia de reportes de avulsiones en dentición primaria es el nivel socioeconómico. El estudio de Ferreira y col. (2009), mencionó que los niveles socioeconómicos bajo y alto son los más afectados.

TRATAMIENTO

La Academia Americana de Odontología Pediátrica, contraindica la reimplantación de dientes primarios avulsionados para prevenir necrosis

pulpar, infecciones, inflamaciones e injurias del desarrollo de dientes permanentes. Asimismo, la Sociedad Británica de Odontología Pediátrica está de acuerdo con la Asociación Americana de Endodoncia, indicando que: “los dientes primarios no deberían ser reimplantados debido a la gran posibilidad de daño que podríamos ocasionar al momento de la manipulación del reimplante, debido a que la fuerza ejercida por la presión del coágulo hacia el folículo podría alterar el desarrollo del germen dentario del diente permanente”.

2.1.2.4.11. AVULSIÓN EN DIENTES PERMANENTE

Andreasen JO et al., (1900). La avulsión en los dientes permanente es más común en la dentición joven, en la que la información radicular todavía está incompleta y el periodonto es muy resiliente. En esas circunstancias, aun los impactos horizontales leves pueden dar por resultados la dislocación total del diente. El resultado eventual del reimplante depende por entero del período extraaveolar y del manipuleo extraalveolar.

El requerimiento básico para una curación óptima son: que el diente permanezca fuera de su alveolo lo menor tiempo posible, que la conservación extraalveolar sea en un medio fisiológico, y que sea eliminada la contaminación, reducida o controlada con antibióticos. Si satisfacen estas condiciones puede esperarse los siguientes acontecimientos en la curación. La curación sea efectiva por revascularización del ligamento seccionado, formación de una nueva inserción gingival y, finalmente, revascularización y reinervación de la pulpa.

TRATAMIENTO:

Con respecto al tratamiento de un diente avulsionado, las condiciones y la longitud del período de conservación son de la mayor importancia para la curación. Hasta ahora los medios de conservación que demostraron permitir la curación periodontal y pulpar son: suero fisiológico, sangre, medio por cultivo tisular, leche y saliva. Una característica común a todos estos medios es su relativo equilibrio osmótico con la pulpa y ligamento periodontal. Por eso los

dientes avulsionados pueden ser conservados durante horas en ellos hasta días o semanas antes que se produzca un deterioro de estos tejidos. Sin embargo, en caso de usar la saliva, en el período extraalveolar debe limitarse un máximo de 2 horas, a causa de la naturaleza levemente hipotónica del medio. Asimismo a causa de las bacterias que están presentes en la saliva pueden tener un efecto perjudicial en el ulterior de la curación.

Los procedimientos para la higienización también influyen sobre la curación. Por ello, debe preceder a la reimplantación un lavado integral de la superficie radicular con suero fisiológico, inclusive alrededor del foramen apical, para eliminar cuerpos extraños y bacterias que estimularan la respuesta inflamatoria.

2.1.2.4.12. PERIODO EXTRAORAL Y OTROS FACTORES A CONSIDERAR EN CASOS DE AVULSIÓN

HARKACZ OM, et al, 1996. El límite de desecación tolerable para que un diente avulsionado no sufra resorción radicular fluctúa entre 20 a 30 minutos.

La avulsión dental traumática es una urgencia odontológica. Para conseguir la reinserción y fijación del diente en su alvéolo se requiere que la vitalidad del ligamento periodontal sea conservada. En estos casos el factor tiempo, la cuidadosa manipulación y la preservación del diente avulsionado en el medio adecuado son claves para el éxito del tratamiento. Si el diente no es reimplantado dentro de 5 minutos debe ser almacenado en un medio que ayude en la preservación de la vitalidad de las fibras del ligamento periodontal. Pues después de pasados los 15 minutos de un período extraoral en seco, el riesgo de anquilosis aumenta significativamente.

Los fibroblastos del ligamento periodontal en la superficie radicular pueden sobrevivir cuando se dejan en condiciones secas durante 18 minutos, más de la mitad mueren en 30 minutos y la mayoría mueren en 120 minutos. Clínicamente no deberían transcurrir más de 45 minutos entre el trauma y el reimplante para un buen pronóstico.

2.1.2.4.13. MEDIOS DE ALMACENAMIENTO

Los medios de transporte son uno de los factores que determinarán el éxito de la preservación de la pieza avulsionada, es importante que los fibroblastos del ligamento periodontal adheridos a la raíz se mantengan húmedos ya que en un medio seco estas células tienden a declinar muy rápidamente.

TIPOS DE MEDIOS DE ALMACENAMIENTO:

a) AGUA: Es muy lesiva por su baja osmolaridad (3 -16 mOsm/Kg), produciendo la lisis de las células periodontales.

b) SALIVA: Su beneficio es limitado, debido a que contiene bacterias y tiene baja osmolaridad generando alteración en la forma de los fibroblastos aunque los mantiene vitales.

c) SUERO FISIOLÓGICO: Es un buen medio debido a su esterilidad y osmolaridad de (280 mOsm/Kg), manteniendo la viabilidad de 2 a 3 horas.

d) MEDIOS DE CULTIVO:

-SOLUCIÓN BALANCEADA DE HANK'S (HBSS): Es el mejor medio de almacenamiento al ser una sustancia estéril, no tóxica, con PH balanceado conservando la viabilidad y morfología de las células del ligamento periodontal. Es el medio de cultivo estándar en la investigación biomédica, evitando la reabsorción en un 91% de los casos. Estudios demuestran que tiene un buen nivel de conservación del colágeno en periodos de 48 a 72 horas.

-EAGLES: Es un medio de cultivo que presenta baja cantidad de glucosa, ofreciendo resultados similares o aún mejores que la solución de Hank's.

-VIASPAN: Es el medio de transporte de trasplante de órganos, lo que garantiza la hidratación y la regeneración tisular. Permite mantener la pieza dental de 12 horas hasta un mes. Sin embargo, tiene que mantenerse de 2 a 8 grados haciendo que su acceso sea limitado y costoso.

e) AGUAS REHIDRATANTES: Gatorade, su utilización es controversial mientras que algunos autores recomiendan su uso, otros lo contraindican.

f) LÍQUIDO DE LENTES DE CONTACTO: Al ser una sustancia isotónica mantiene la viabilidad de las células del ligamento periodontal.

g) AGUA DE FRUTAS: El agua de coco, es considerado un adecuado medio de almacenamiento.

h) PROPÓLEO: Es una sustancia que obtienen las abejas de las yemas de los árboles y que luego procesan en la colmena, convirtiéndola en un potente antibiótico con el que cubren las paredes de la colmena, con el fin de combatir las bacterias, virus y hongos garantizando una total asepsia. Martin y Pilleggi (2004) en un estudio sobre el análisis cuantitativo del propóleo en diferentes concentraciones (50% y 100%), demostraron que este medio de almacenamiento mantuvo mayor viabilidad de las células del ligamento periodontal en comparación de la leche, la HBSS y la solución salina.

Otro estudio in vitro realizado por Mori y col.(2010) sobre el propóleo como medio de almacenamiento en un análisis microscópico en ratas demostraron que su utilización tiene similares resultados al igual que la leche o el reimplante inmediato, formando tejido conectivo denso de fibras periodontales perpendiculares y paralelas luego de 6 horas de mantener el diente en dicho medio.

i) LECHE: Es el mejor medio de transporte porque es fácil de conseguir y por ser un líquido estéril debido a la pasteurización u otros procesos de higienización de la leche.

Los estudios reportan que la leche conserva la vitalidad de un buen número de fibroblastos durante tres a seis horas, período suficiente para que el paciente llegue a la consulta dental y se le realice el reimplante, siendo la mejor la leche fresca descremada pasteurizada. Sin embargo, sólo previene la muerte celular, pero no restituye la forma ni restablece la capacidad mitótica de las células. Estudios recientes indican que a nivel celular el almacenamiento en leche es similar a la solución de Hank's, siempre que el período en seco no exceda de treinta minutos.

2.1.2.4.14. PREVENCIÓN

GONZÁLEZ D.C., (2010) Hay una necesidad de desarrollar programas de educación preventiva dirigidos a los padres, las niñeras, los estudiantes y los profesores de las escuelas acerca de la importancia de un tratamiento

inmediato después de una injuria dental. Muchos estudios indican que el conocimiento referente al actuar durante una avulsión dental es pobre e inadecuado.

Los padres, profesores y las niñeras son las primeras personas que pueden proveer atención odontológica de emergencia en casos de injurias dentales y de ellos dependerá el pronóstico del diente avulsionado y traumatizado. Sin embargo, si observamos el protocolo de atención de primeros auxilios, la información sobre injurias dentales no son incluidas. Por tal motivo, su prevalencia sigue en aumento, especialmente durante las edades más tempranas de los niños.

El estudio reportado por Al-Asfour y col., demostraron que luego de 30 minutos de lectura de información sobre cómo actuar frente a una avulsión el nivel de conocimiento presentó los siguientes resultados:

-El conocimiento general de un diente avulsionado y la reimplantación mejoró de un 39% a 97%.

-El conocimiento de un diente avulsionado permanente y primario mejoró de 8% a 71%.

-El conocimiento de cómo limpiar el diente avulsionado mejoró de 5% a 93%.

-El conocimiento de la importancia del tiempo antes de la reimplantación mejoró de 1% a 74%.

-El conocimiento del medio de conservación adecuado mejoró de 4% a 86%.

Las niñeras por otra parte, deben ser muy cuidadosas en propiciar un ambiente físico adecuado para prevenir accidentes debido a que el mayor número de injurias dentales es en casa y a su vez deben reportar los accidentes cuando estos ocurran.

En el estudio de Kinoshita y col., al investigar sobre el bajo conocimiento y actitudes en el manejo de un diente avulsionado traumatizado y el uso de protectores bucales, encontraron:

- Cerca de un 90 % de los encuestados no había recibido información en cómo manejar una injuria dental.

-Menos del 20% sabían que se debería mantener el diente en leche.

-El 45% de las personas que tenían conocimiento lo habían obtenido de la televisión y sólo un 10% había recibido información de parte de algún odontólogo.

-Un 38% de las niñeras y 22% de los niños encuestados mencionaron que habían tenido una experiencia de injuria dental. Y un 90% y 95% respectivamente nunca había recibido ninguna instrucción en el manejo de una emergencia dental. Asimismo, se nota mayor interés por parte de las niñeras en tomar algún curso sobre emergencia dental con un 72%.

-En cuanto al conocimiento de reimplantar un diente de leche el 73%de las niñeras y un 86% de los estudiantes respondió que no debe ser reimplantado.

De igual manera, se recomienda el uso de protectores bucales en casos de práctica de deportes peligrosos.

2.1.2.4.15. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LOS TRAUMATISMOS

Glizer M, 1993 Se recomienda a los padres que lo primero que hay que hacer es consultar a un Odontólogo inmediatamente de ocurrido el accidente.

Esta medida tiene muchas ventajas:

1. Hay mayor posibilidad de conservar la vitalidad del diente.
2. Se realiza un tratamiento conservador.
3. Mejora el pronóstico.
4. Se previenen complicaciones y tratamientos de alto costo a futuro.

Es de vital importancia que todo traumatismo sea diagnosticado, tratado y controlado en el tiempo (por lo menos durante 5 años).

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA DIENTES FRACTURADOS Y AVULSIONADOS

Se recomienda a las personas inexpertas recoger los fragmentos de los dientes fracturados y avulsionados, transportarlos en un frasco con agua y acudir a un servicio odontológico inmediatamente. Estos fragmentos se reposicionan lográndose una restauración una restauración más conservadora.

El tratamiento ideal de la fractura dentaria es la adhesión del fragmento dentario y en el caso de la avulsión es el reimplante inmediato del diente este es solo en caso de dientes permanentes de no ser esto posible , hay que evitar la desecación del ligamento periodontal y del fragmento fracturado, transportando el diente avulsionado y los fragmentos dentarios en un medio fisiológico adecuado; pero tanto el período extraoral del diente fuera de su lugar así como el medio de almacenamiento y transporte son factores que están a cargo generalmente de personas inexperta.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA DIENTES AVULSIONADOS

IADTT et al, 2006. Recomienda a las personas inexpertas que no pierdan el tiempo y sigan las siguientes instrucciones;

- ✓ No tomar el diente por la raíz, tomarlo por la corona.
- ✓ Lavar el diente con agua pura o agua de caño y ubicarlo inmediatamente en su lugar de origen. Esta acción la puede realizar el propio niño o un adulto q este junto a él.
- ✓ Si no son capaces de reimplantar el diente, introducir el diente en un vaso con leche o con suero fisiológico. Si esto no es posible, colocar el diente dentro de la boca del niño (entre los dientes y el labio inferior) y transportarlo junto al paciente a la brevedad a un Servicio Odontológico.

El implante debe ser de inmediato. En caso de no ser posible, transportar siempre el diente en leche o saliva del paciente.

LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE TRAUMATOLOGÍA DENTAL, 2006.recomienda lo siguiente:

1. Evitar el uso de andadores.
2. Evitar el uso de patines en los niños.
3. Enseñar a su hijo a:
 - a. Cuidar sus dientes y los de sus compañeros durante los juegos evitando golpearlos con objetos contundentes.
 - b. Observar bien su camino por la posible presencia de obstáculos que lo puedan hacer tropezar.
 - c. No dar empujones durante los juegos.
 - d. Permanecer sentado en el columpio sin saltar cuando esté en movimiento.
 - e. Usar las escaleras para salir de la piscina.
4. Si su hijo practica deportes:
 - a. Procure el uso de casco y protector bucal en el rugby, hockey, karate, bicicleta, skateboard y cualquier actividad que comprometa la zona de la cara.

2.2 Marco conceptual

2.2.1 NIVEL DE CONOCIMIENTO

Reyes Z. et al 2004. Conjunto de información y vivencias adquiridas mediante el esfuerzo diario de cada individuo sobre un determinado tema, el cual le permite mostrar alternativas de solución ante determinados eventos que se puedan presentar en su vida cotidiana.

2.2.2 ACTITUD

Rivera R (2011) Una actitud es una predisposición aprendida para responder conscientemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos. Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos que hacen referencia.

2.2.3 TRAUMATISMOS DENTARIOS

Scott 1979. Aquellas lesiones violentas de los traumatismos dentarios y peridentarios producidos por agentes externos excluyendo de este concepto el desgaste por el uso ya sea de tipo fisiológico (atrición) o patológico (abrasión).

2.3 Hipótesis

Existe relación entre el nivel de conocimientos y actitud frente a traumatismos dentoalveolares en los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta.

2.4 Operacionalización de las variables.

La investigación presenta dos variables que son:

Variable 1: Nivel de Conocimiento sobre traumatismo dentoalveolares.

Variable 2: Actitudes frente a traumatismos dentoalveolares.

2.5 Indicadores e Índices

VARIABLES	INDICADORES	NIVELES
Variable 1	14-20 puntos	Bueno
Nivel de conocimiento	7-13 puntos	Regular
sobre traumatismo	0-6 puntos	Malo
dentoalveolares		
Variable 2	36-60 puntos	Favorable
Actitudes frente a	12-35 puntos	Desfavorable
traumatismos		
dentoalveolares.		

CAPITULO III

3.1 Metodología

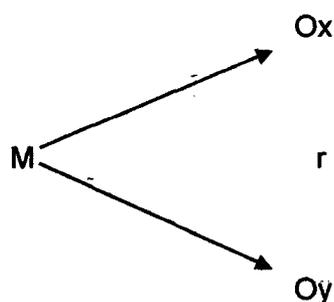
3.1.1 Tipo de Investigación

En el presente estudio el tipo de investigación es Cuantitativa

3.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño que se empleó es no experimental, correlacional, transversal.

Esquema:



Dónde:

M : muestra de estudio

Ox : observación de la variable

Oy : observación de la variable

r : probable relación entre las variables del estudio.

3.1.3 Población y Muestra

3.1.3.1 Población

La población del presente estudio está conformado por padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta. Que son en su totalidad 308 familias (Un padre por niño).

3.1.3.2 Muestra

La muestra está constituida por 174 padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta. (Un padre por niño).

La obtención de las muestras fue mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{308}{(308-1)(0.05)^2+1}$$

$$n = 174$$

n= Muestra

N= Población

K=Error estándar



00094

3.1.4 Procedimientos, técnica e instrumentos de recolección de datos

3.1.4.1 Procedimiento de recolección de la muestra.

- Se solicitó permiso al dirigente del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta.
- Se solicitó una sesión informativa a los padres de familia sobre el trabajo a realizar con ayuda del dirigente del Centro Poblado Villacruz.
- Se brindó un consentimiento informado a los padres de familia.
- Se realizó un test a los padres de familia que aceptaron participar en la investigación para medir su conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares, la recolección de la muestra fue personalizada (casa por casa).
- Se brindó una sesión educativa a los padres de familia.
- Se analizó y procesó la información.

3.1.4.2 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Para efectos de estudio, se realizó de la siguiente manera:

- Se procedió a identificar la muestra para estudio.
- Se aplicó un test / cuestionario de conocimiento y actitud sobre traumatismo dentoalveolares la cual fue personalizada (casa por casa).
- Como Instrumento Se utilizó un cuestionario sobre el nivel de conocimiento y una escala de actitud para los padres de familia participantes el cual fue aprobado por juicio de expertos.
- El cuestionario sobre nivel de conocimiento y actitud de traumatismos dentarios para los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta: instrumento elaborado por los investigadores que se utilizó para el recojo de datos, sobre el conocimiento y actitud de traumatismos dentoalveolares para los

padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta, así mismo datos como: grado de instrucción, edad, sexo; dicho cuestionario fue adaptado por los autores y fue validado por juicio de expertos.

3.1.5. Procesamiento de la Información

Para el análisis de datos recolectados utilizamos como ayuda el programa estadístico SPSS versión 21.0.

Para determinar si existe relación de dependencia entre el nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares, utilizamos la prueba de independencia de Chi cuadrado ($\alpha=0,05$).

3.1.6. Protección de los derechos humanos

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos, fueron protegidos en todo el proceso de investigación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Consentimiento informado por parte de los padres de familia Centro Poblado Villacruz. (anexo).
- Los instrumentos fueron anónimos para no afectar la integridad física y moral de los sujetos de estudio.
- Se tuvo respeto y protección por la confidencialidad de la información recolectada a través de los instrumentos que fueron utilizados, presentando los datos en forma agrupada sin singularizar a ningún sujeto en estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 ANALISIS UNIVARIADO

En el análisis de la presente investigación se usó la estadística descriptiva, y para la prueba de hipótesis la estadística inferencial a través de la distribución no paramétrica Chi Cuadrada para determinar la asociación de las variables en estudio.

El total de la Población encuestada fue de 174 personas, padres de familia del Centro Poblado Villacruz, carretera Iquitos-Nauta.

4.1.1. Datos demográficos

En el Cuadro y Gráfico 01 los Padres de Familia del Centro Poblado Villacruz de la Carretera Iquitos-Nauta, que participaron en la investigación fueron 70,7% mujeres y 29,3% varones.

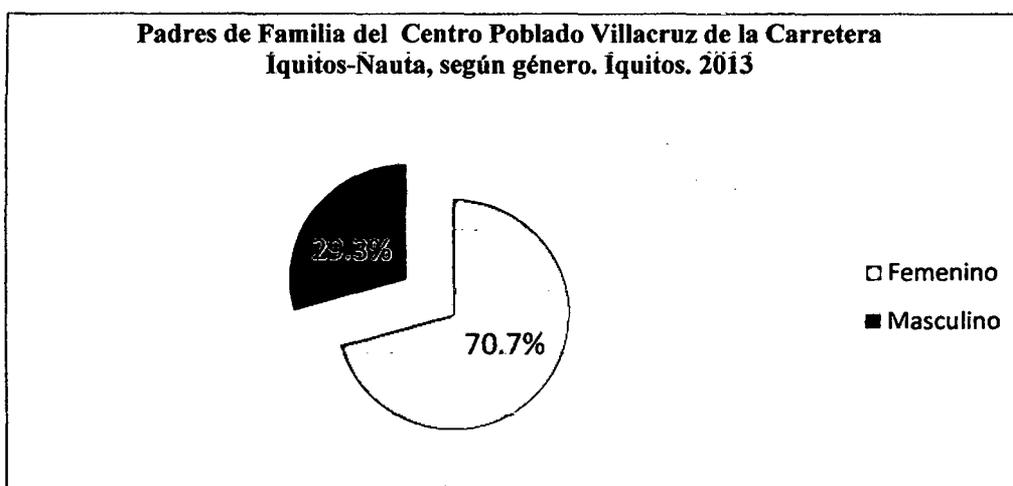
CUADRO 01

Padres de familia del Centro Poblado Villacruz Carretera Iquitos-Nauta, Según Género. Iquitos -2013

Género	N° Padres de familia Fi	Porcentaje %
Femenino	123	70.7
Masculino	51	29.3
Total	174	100.0

Fuente: Datos de la investigación

Gráfico 01



En el Cuadro y Gráfico 02 .Los Padres de Familia del Centro Poblado Villacruz de la Carretera Iquitos-Nauta, que participaron en la investigación eran menores de 30 años 41,9%, entre 30 y 39 años 26,5% y mayores de 40 años 31,6%.

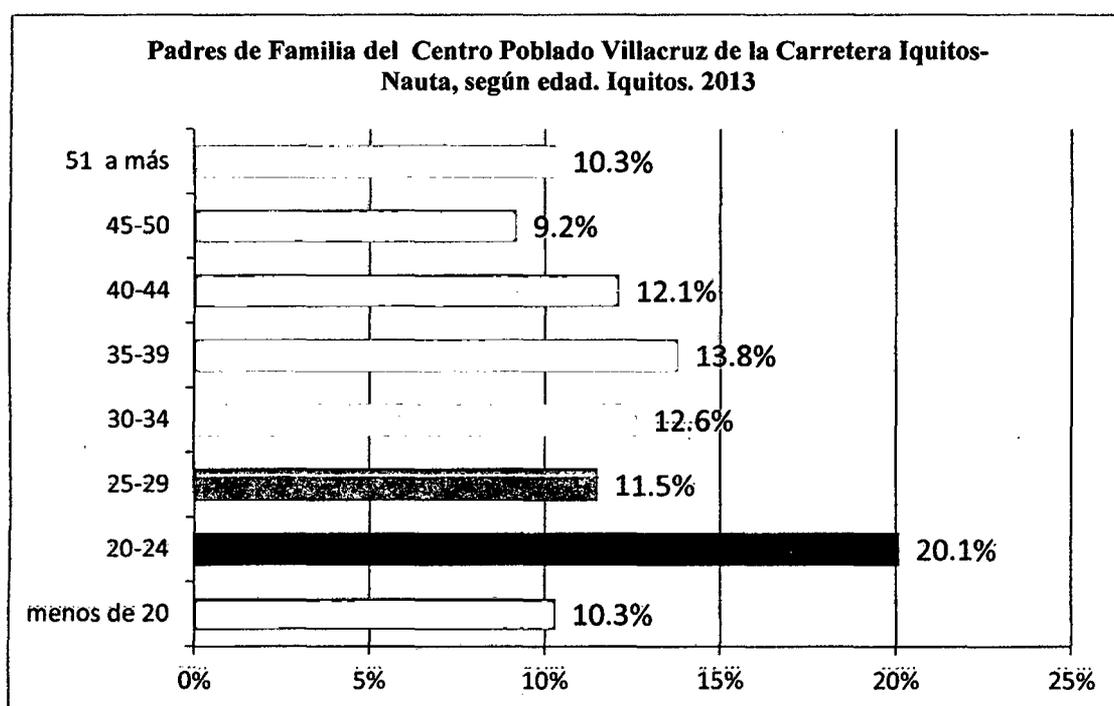
CUADRO 02

**Padres de familia del Centro Poblado Villacruz Carretera Iquitos-Nauta,
Según Edad. Iquitos -2013**

Edad	Nº Padres de familia fi	Porcentaje %
menos de 20	18	10,3
21-24	35	20,1
25-29	20	11,5
30-34	22	12,6
35-39	24	13,8
40-44	21	12,1
45-50	16	9,2
51 a más	18	10,3
Total	174	100,0

Fuente: Datos de las Investigación

GRÁFICO 02



Fuente: CUADRO 02

En el Cuadro y Gráfico 03 los Padres de Familia del Centro Poblado Villacruz de la Carretera Iquitos-Nauta, que participaron en la investigación tenían primaria 19,0%, secundaria 76,4% y superior 4,6%.

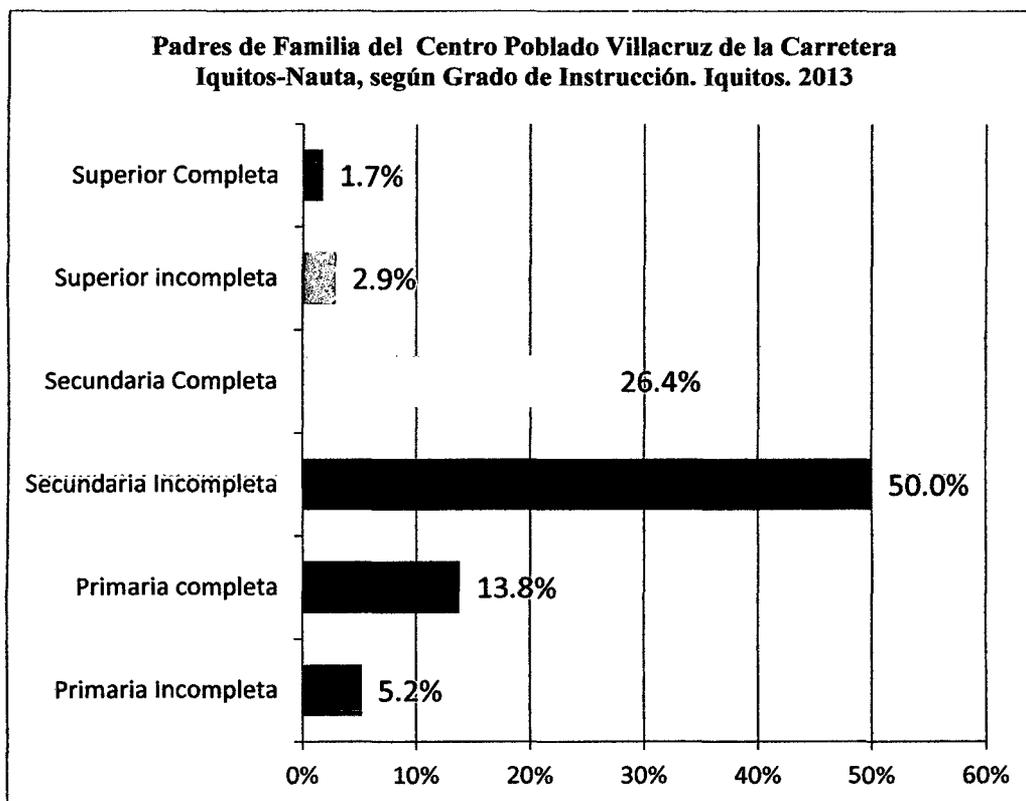
CUADRO 03

Padres de familia del Centro Poblado Villacruz Carretera Iquitos-Nauta, Según Grado de Instrucción. Iquitos -2013

Grado de Instrucción	Nº Padres de familia	Porcentaje %
Primaria Incompleta	9	5.2
Primaria completa	24	13.8
Secundaria Incompleta	87	50.0
Secundaria Completa	46	26.4
Superior incompleta	5	2.9
Superior Completa	3	1.7
Total	174	100.0

Fuente: Datos de la Investigación

GRÁFICO 03



Fuente: CUADRO 03

4.1.2. Nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares en los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta.

En el Cuadro y Gráfico 04 el Conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares de los Padres de Familia del Centro Poblado Villacruz de la Carretera Iquitos-Nauta, es **bueno** en 3.4%; **regular** en 82,8 % y **deficiente** en 13,8 %.

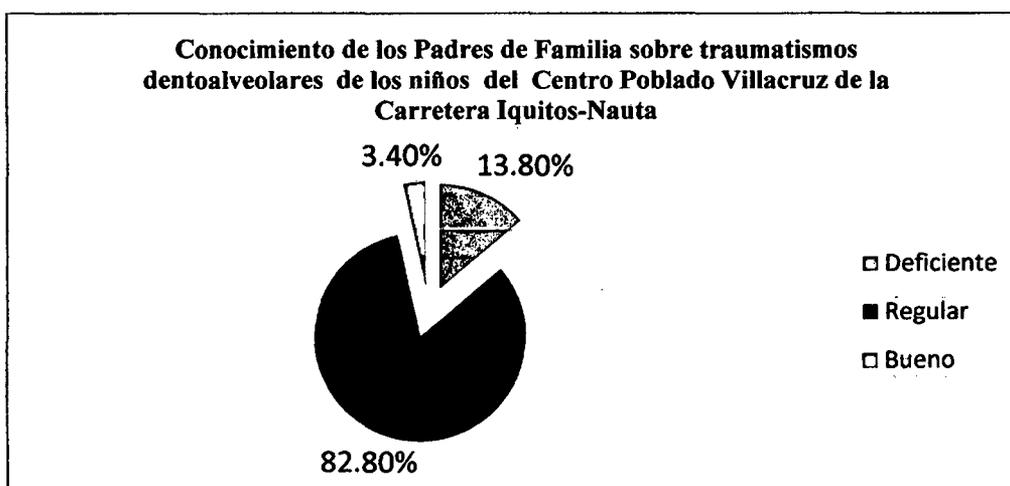
CUADRO 04

Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Según Conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares. Carretera Iquitos-Nauta- 2013

Nivel de Conocimiento	Nº Padres de familia Fi	Porcentaje %
Deficiente	24	13.8
Regular	144	82.8
Bueno	6	3.4
Total	174	100.0

Fuente: Datos de la Investigación

GRÁFICO 04



Fuente: CUADRO 04

En el Cuadro gráfico 05 muestra a los Padres de familia del Centro Poblado Villacruz de la Carretera Iquitos-Nauta, según respuestas acertadas en los Ítems sobre Conocimiento de traumatismo dentoalveolares en los niños, se aprecia que más del 50% de padres de familia respondieron correctamente los ítems 3-4-5-7-8-11-15-19 y 20. Esto no da a entender que a la mayoría de padres de familia falta enseñar y educar en relación a los traumatismos dentoalveolares en los niños.

TABLA 05

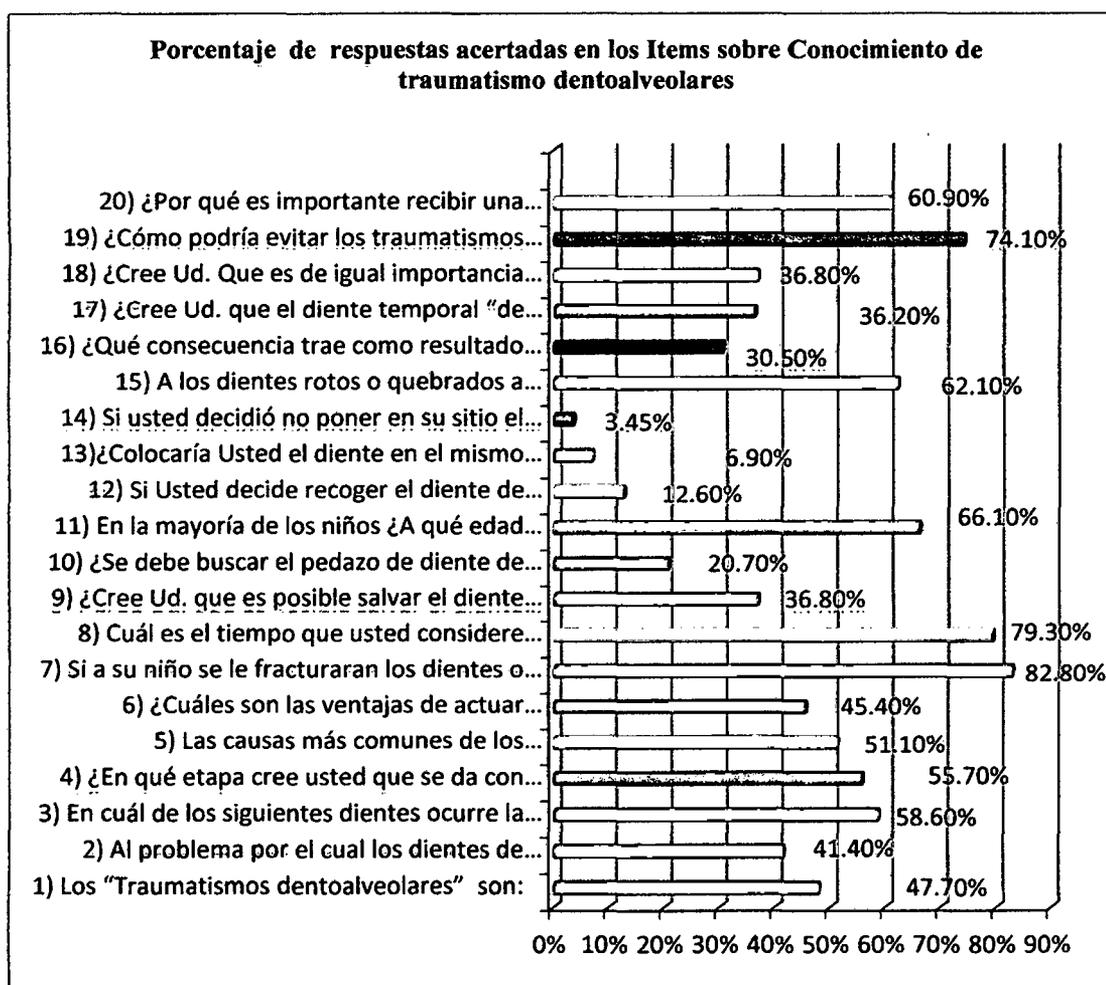
Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Según Respuestas acertadas en los Items sobre Conocimiento de traumatismo dentoalveolares. Carretera Iquitos-Nauta- 2013

Conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares	Respuestas acertadas	
	fi	%
1) Los "Traumatismos dentoalveolares" son:	83	47.7
2) Al problema por el cual los dientes de adelante se salen con la raíz completa por un fuerte golpe durante un accidente se le conoce como:	72	41.4
3) En cuál de los siguientes dientes ocurre la mayor incidencia de traumatismos dentoalveolares?:	102	58.6
4) ¿En qué etapa cree usted que se da con mayor frecuencia los traumatismos dentoalveolares?	97	55.7
5) Las causas más comunes de los traumatismos dentoalveolares son:	89	51.1
6) ¿Cuáles son las ventajas de actuar rápidamente frente a un traumatismo dentario?:	79	45.4
7) Si a su niño se le fracturaran los dientes o se le salieran los dientes con la raíz completa ¿cuál es el primer lugar a donde acudiría?	144	82.8
8) Cuál es el tiempo que usted considere ideal para buscar atención de emergencia si su niño(a) sufre un traumatismo dentoalveolar?	138	79.3
9) ¿Cree Ud. que es posible salvar el diente que se salió por completo de la boca del niño?	64	36.8
10) ¿Se debe buscar el pedazo de diente de "hueso" roto o el diente que se ha salido por completo de su sitio en el lugar del accidente?	36	20.7
11) En la mayoría de los niños ¿A qué edad le aparecen los dientes delanteros definitivos "de hueso"?	115	66.1
12) Si Usted decide recoger el diente de "hueso" que se salió con la raíz completa ¿Cómo limpiaría usted al diente?	22	12.6
13) ¿Colocaría Usted el diente en el mismo lugar en el que se encontraba en la boca del niño?	12	6.9
14) Si usted decidió no poner en su sitio el diente caído ¿Cómo lo llevaría desde que se cae al piso hasta que el niño es llevado a la atención de emergencia?	6	3.45
15) A los dientes rotos o quebrados a consecuencia de un fuerte golpe en el boca se le conoce:	108	62.1
16) ¿Qué consecuencia trae como resultado un traumatismo dentoalveolar?	53	30.5

17) ¿Cree Ud. que el diente temporal "de leche" que sufre un traumatismo y es arrancado de su sitio por completo, no debe recolocarse en su lugar?	63	36.2
18) ¿Cree Ud. Que es de igual importancia recolocar a un diente temporal o "de leche" que a un diente permanente o "de hueso"?	64	36.8
19) ¿Cómo podría evitar los traumatismos dentoalveolares en los niños menores de tres años?	129	74.1
20) ¿Por qué es importante recibir una orientación profesional acerca de los traumatismos dentoalveolares?	106	60.9

Fuente: Datos de la investigación

GRÁFICO 05



Fuente: Cuadro 05

4.1.3. Determinar la actitud sobre traumatismos dentoalveolares en los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta.

En el cuadro y gráfico 06 la Actitud de los padres de familia sobre traumatismos dentoalveolares de los niños del Centro Poblado Villacruz de la Carretera Iquitos-Nauta es favorable en 81.0%; y Desfavorable en 19,0 %.

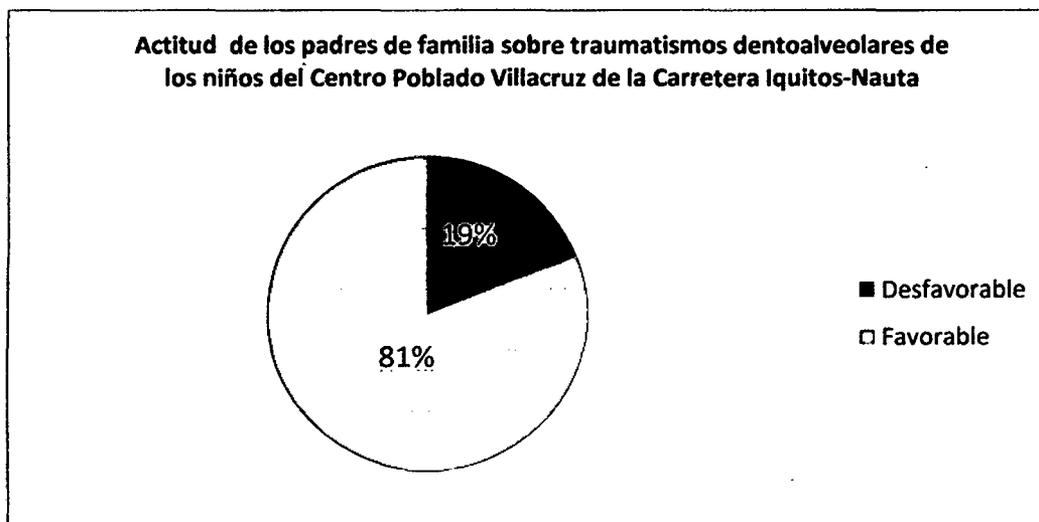
CUADRO 06

Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Según Actitud sobre traumatismos dentoalveolares de los niños. Carretera Iquitos-Nauta- 2013

Actitud	Nº Padres de familia (f)	Porcentaje %
Desfavorable	33	19.0
Favorable	141	81.0
Total	174	100.0

Fuente: Datos de la investigación.

Gráfico 06



Fuente: CUADRO 06

En la Cuadro y gráfico 07 se presenta las respuestas favorables a las preguntas de la prueba de actitud frente a los traumatismos dentoalveolares de los niños del Centro Poblado Villacruz de la Carretera Iquitos-Nauta, en donde la escala de Likert tiene 12 ítems (con cinco opciones cada una, 1 a 5), observándose que la actitud exhibida tiende a ser favorable, como lo indica los resultados mayores a 50% que alcanzaron mayormente entre 4 y 5 puntos en los ítems 3-4-5-6-7-8-11 y 12 del test, por lo que los padres de familia se inclinaron hacia valores elevados en la medida de la actitud. Así mismo los puntajes que más se repitieron fueron 4 y 5 puntos es decir las categoría **de acuerdo** y **muy de acuerdo** en las preguntas favorables.

Esto confirma que las puntuaciones tienden a ubicarse en valores elevados hacia unas actitudes frente a los traumatismos dentoalveolares de los niños.

CUADRO 07

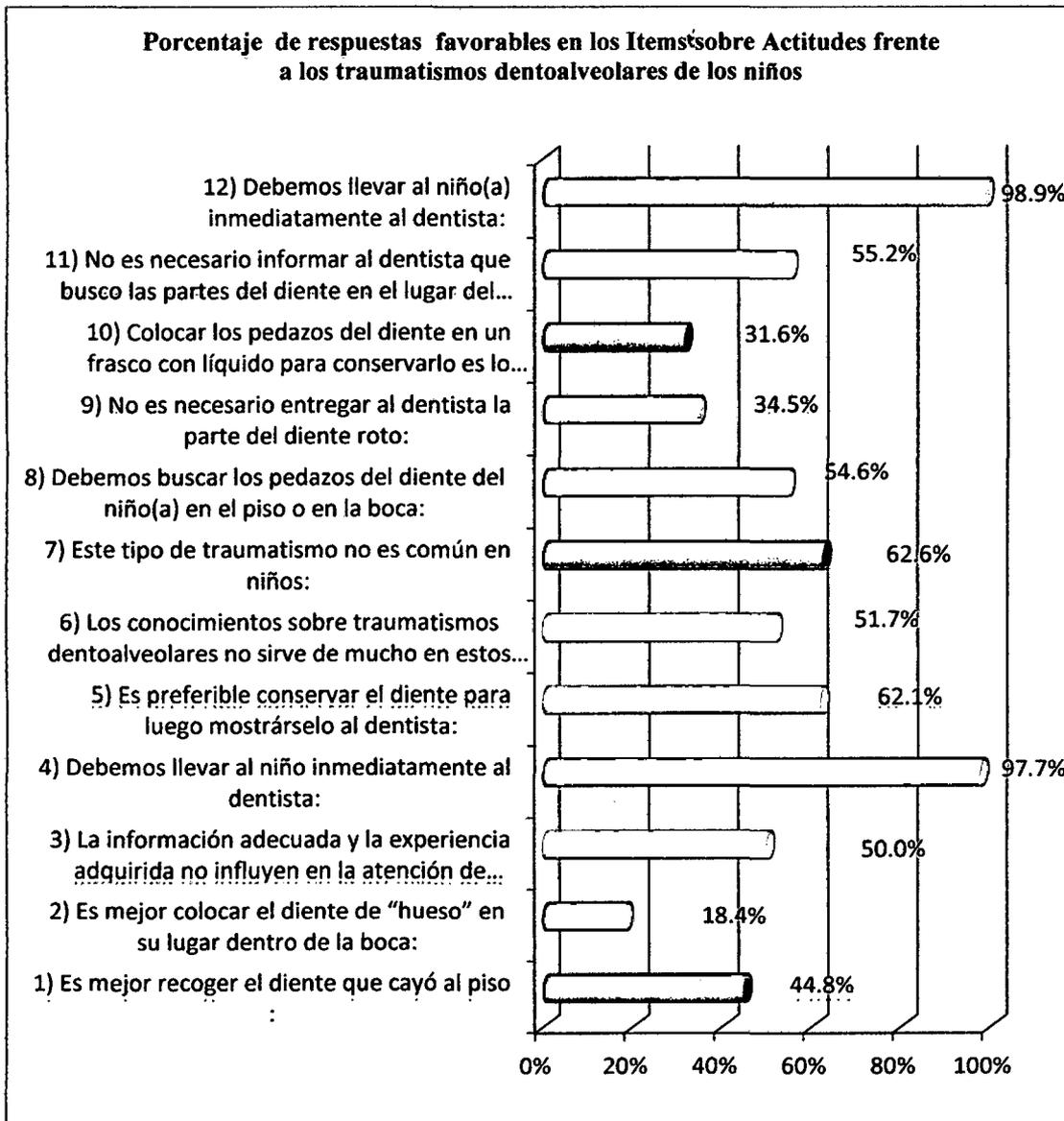
Padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Según Respuestas acertadas en los Ítems sobre Actitud de traumatismo dentoalveolares. Carretera Iquitos-Nauta- 2013

Actitud sobre traumatismos dentoalveolares	Respuestas Favorables	
	fi	%
1) Es mejor recoger el diente que cayó al piso :	78	44.8
2) Es mejor colocar el diente de "hueso" en su lugar dentro de la boca:	32	18.4
3) La información adecuada y la experiencia adquirida no influyen en la atención de emergencia:	87	50.0
4) Debemos llevar al niño inmediatamente al dentista:	170	97.7
5) Es preferible conservar el diente para luego mostrárselo al dentista:	108	62.1
6) Los conocimientos sobre traumatismos dentoalveolares no sirve de mucho en estos casos:	90	51.7
7) Este tipo de traumatismo no es común en niños:	109	62.6
8) Debemos buscar los pedazos del diente del niño(a) en el piso o en la boca:	95	54.6
9) No es necesario entregar al dentista la parte del diente roto:	60	34.5

10) Colocar los pedazos del diente en un frasco con líquido para conservarlo es lo más adecuado:	55	31.6
11) No es necesario informar al dentista que busco las partes del diente en el lugar del accidente:	96	55.2
12) Debemos llevar al niño(a) inmediatamente al dentista:	172	98.9

Fuente: Datos de la Investigación.

Gráfico 07



Fuente: CUADRO 07

4.2 ANALISIS BIVARIADO

4.2.1. Relacionar el nivel del conocimiento ante traumatismos dentoalveolares y la actitud en los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos- nauta

En el Cuadro y Gráfico 08 en relación al conocimiento y Actitud sobre traumatismos dentoalveolares de los niños de los Padres de Familia del Centro Poblado Villacruz de la Carretera Iquitos-Nauta-2013, se observa que del total de la población encuestada, 81% de los padres de Familia mostraron una Actitud Favorable, del cual el mayor porcentaje 69,6% obtuvieron conocimiento regular, 8% deficiente y 3,4% bueno.

Así mismo se aprecia que del 20% de Padres de Familia que mostraron actitud desfavorable, el mayor porcentaje 13,2% tenía conocimiento regular y 5,7%, conocimiento deficiente sobre traumatismos dentoalveolares de los niños

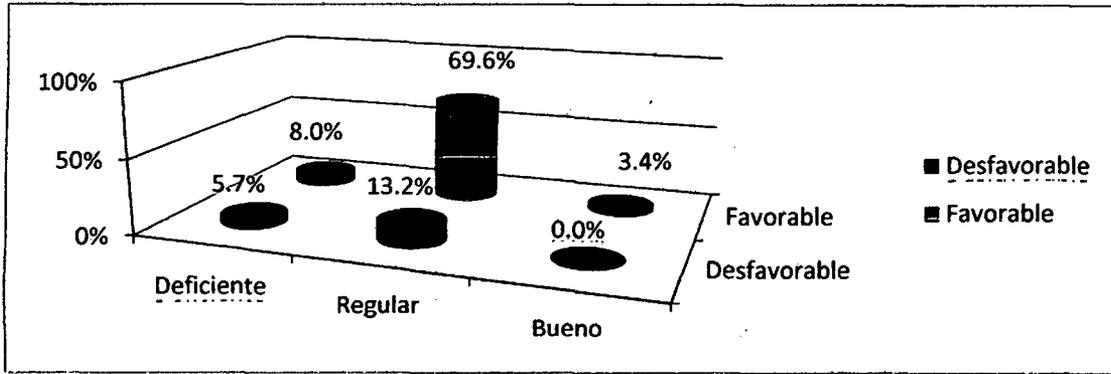
CUADRO 08

Conocimiento y Actitudes de los padres de familia sobre traumatismos dentoalveolares en niños del Centro Poblado Villacruz. Carretera Iquitos-Nauta- 2013

Conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares en niños	Actitud				Total	
	Desfavorable		Favorable			
	fi	%	Fi	%	fi	%
Deficiente	10	5.7	14	8.0	24	13.8
Regular	23	13.2	121	69.6	144	82.8
Bueno	0	0.0	6	3.4	6	3.4
Total	33	19.0	141	81.0	174	100.0

Fuente: Cuadro 01 y 02 $X^2 = 10.291$ $gl = 2$ $p = 0.006$ ($p < 0.05$)

Gráfico 08



Fuente: CUADRO 08

4.3 PRUEBA DE HIPOTESIS: Pasos

1) Se elabora la hipótesis nula y la hipótesis alternativa

H₀: **No Existe** relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la Actitud frente a traumatismos dentoalveolares en niños de los Padres de Familia del Centro Poblado Villacruz de la Carretera Iquitos-Nauta-2013.

H₁: **Existe** relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la Actitud frente a traumatismos dentoalveolares en niños de los Padres de Familia del Centro Poblado Villacruz de la Carretera Iquitos-Nauta-2013.

2) Se designa el nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

3) Se selecciona el estadístico Chi cuadrado calculado en Software SPSS

CUADRO 09

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	P
Chi-cuadrado de Pearson	10,291	2	0,006
Razón de verosimilitudes	9,938	2	0,007
Asociación lineal por lineal	9,973	1	0,002
N de casos válidos	174		

Donde: χ^2 de Pearson = 10,291 y valor crítico para $\chi^2 (0.05; 2) = 5.99$

$$p = 0.006 \quad (p < 0.05)$$

4) Se formula la regla de decisión

Se acepta H_0 si X^2 de Pearson **es menor o igual a 5.99**

Se rechaza H_0 si X^2 de Pearson **es mayor de 5.99**

5) Decisión

Como X^2 de Pearson = 10,291 **es mayor de 5.99**

Se rechaza H_0 , por lo tanto la conclusión sería:

Se concluye, con el 95% de probabilidad de acertar, que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la Actitud frente a traumatismos dentoalveolares en niños de los Padres de Familia del Centro Poblado Villacruz de la Carretera Iquitos-Nauta-2013

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Se investigó la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud en relación al tema de traumatismos dento-alveolares (T-D) de niños, en padres de familia del Centro Poblado "Villa Cruz" en la localidad de Quistococha, distrito de San Juan. Este poblado fue fundado en el mes de abril del año 2012. La población estudiada lo formaron 308 familias, de donde se consideró un padre de familia por niño, la muestra estudiada fue de 174 padres de familia.

En relación a los datos demográficos podemos señalar que los cuestionario fueron respondido más por la mamá (70.7%) que por el papá (29.3%), este resultado se explica por varias razones, por ejemplo, la mamá en este poblado está más presente en casa que el papá ya que este último es el que proporciona el sustento del hogar (dinero) y se encuentra trabajando, otra explicación es que generalmente los papás son los que se rehúsan a responder las encuestas delegando esta actividad a la mamá, es decir el papá se encuentra presente pero no responde. Este resultado coincide con algunos autores de nuestra revisión bibliográfica (Santos 2009, Vergotoni 2010, Padilla 2005). Las otra investigaciones fueron realizadas en mamá, cuidadores u otros (Oliveira 2007, Hashim 2012, Al-Jundi 2006, Yassen 2013).

El grupo etario más prevalente fueron los de 20-24 años (20.1%) lo que nos muestra que nuestro grupo de estudio es una población muy joven, si ampliamos estos rangos, por ejemplo menores de 35 años (55.5%) tenemos que más de la mitad lo constituyen una población joven. Este resultado coincide con el de Yassen 2013, en donde la población menor de 34 años es de 52%.

El grado de instrucción encontrado fue de 50% (87) con grado de instrucción de secundaria incompleta. Si tomamos en consideración otras categorías como a todo los que tienen educación básica incompleta (primaria y secundaria) esto nos da un 69%. Este valor es menor que el de Yassen 2013 el cual encontró

77% con educación incompleta, probablemente este resultado responda a factores socioculturales y religiosos tomando en consideración que el estudio de Yassen fue realizado en un país musulmán.

Cuando se analiza los resultados para conocimiento encontramos que el 82.8% tiene un nivel de conocimiento regular, al comparar estos resultados con los de la literatura solo pudimos encontrar el estudio de Perez 2012 con un resultado menor (72.5%) empleando una metodología similar, el resto de estudios no utilizaron las mismas categorías que el nuestro (Deficiente, Regula, Bueno). Lo que si llama la atención es que a pesar que el grado de instrucción en la mayoría de los encuestados es Básica Incompleta en 69% (primaria y secundaria) tienen un nivel de conocimiento Regular en un alto porcentaje (82.2%), esto podría explicare por el hecho de que pudo haber existido otros medios por el cual adquirieron ese conocimiento que es básico, por ejemplo, medios de información masiva (radio, televisión, diarios de circulación, revistas, comunicación oral, otros). Un estudio similar al nuestro (Yassen 2013) obtuvo un puntaje de 5.2 en una escala de cero al diez, lo que podría considerarse como conocimiento regular. Los otros estudios (Santos 2009, Vergotine 2010, Padilla 2005, Oliveira 2007, Hashim 2012, Al-Jundi 2006) no proporcionan un dato que identifique al sujeto estudiado, es decir una nota promedio en relación a su nivel de conocimiento, mas por el contrario analiza cada ítem o pregunta incluido en su cuestionario por lo que encontramos preguntas que coinciden para algunos estudios como por ejemplo: ¿A dónde acudir en caso de un traumatismo?, ¿Qué medio de transporte utilizaría para cuidar el diente avulsionado?, ¿Cree ud que los dientes pueden ser re-implantados?, estas preguntas también son incluidas en nuestro estudio encontrando respuestas similares.

Si analizamos algunas preguntas de nuestro cuestionario encontramos que por ejemplo la pregunta N° 14 "Si Ud. decidió no colocar en su sitio el diente caído ¿Cómo lo llevaría desde que se cae al piso hasta que el niño es llevado a la atención de emergencia?" el 3.45%% de los padres respondió que utilizaría la

leche como medio de transporte hasta llegar al dentista, este resultado fue comparado con otros estudios; Vergotine con 25%, Padilla con 18%, Yassen con 4% y Santos con el 3%, esto nos demuestra que los padres, madres, cuidadores y otros tienen poco conocimiento sobre el medio de transporte, el cual se encuentra a excepción de Vergotine que encontró un porcentaje mayor probablemente porque su estudio fue realizado en padres de familia que iban a una clínica dental, esta muestra estudiada tiene un cierto grado de conocimiento odontológico a diferencia de los padres de nuestro estudio (3.45%).

La pregunta N° 8 ¿Cuál es el tiempo que Ud. considera ideal para buscar atención de emergencia si su niño/a sufre un traumatismo dento-alveolar? El 79.6% (138) de los padres está de acuerdo en buscar ayuda profesional lo más rápido posible, este resultado fue mayor que el de Yassen el cual encontró, para la misma pregunta, un 57%, lo que nos demuestra que hay más interés de los padres de familia de nuestro estudio por buscar pronta solución al problema no se desesperan demasiado. Similar resultado encontró Pérez (70%) aunque ligeramente menor, como se trata de una población parecida, era de esperar este resultado.

La pregunta N° 13 ¿Colocaría Ud. el diente en el mismo lugar en el que se encontraba en la boca del niño? el 6.9% de los padres respondieron que si reimplantarían el diente avulsionado, resultado que es diferente con el de Padilla (4.1%) y Santos (16%), en ambos casos los resultados son extremos talves las características de la muestra pudieron haber influido, el estudio de Padilla fue realizado en México y el de Santos en Brasil, culturalmente son tres grupos distintos, incluyendo el nuestro.

En la pregunta N° 17 ¿Cree Ud. que el diente temporal (“de leche”) que sufre un traumatismo y es arrancado de su sitio por completo, no debe de recolocarse en su lugar? el 36.2% de los padres opinan que un diente temporal no debe ser reimplantado porque podría dañar al sucedáneo. Llama la atención que los

resultados de esta respuesta son la mitad de lo encontrado por Yaseen, (77%), parece que este tema es menos conocido por los padres de familia de nuestro estudio, los padres de familia del estudio de Yassen son iraquíes, un país que ha salido de un conflicto armado que después recibió ayuda de todo tipo no solo económica sino en salud sobretodo educación para la salud dental.

Para las preguntas de actitud el análisis también es diferente en relación a los estudios analizados. El único autor que estudio las actitudes en su conjunto fue Pérez 2013, en donde obtuvo el 80% de actitudes favorable, resultado muy similar al nuestro (80.1%) a pesar que la muestra estudiada fueron trabajadores del INABIF (profesores, cuidadores, administrativos y otro). Creemos que esta similitud se debe a que ambos estudios fueron realizados en la ciudad de Iquitos, a pesar de que tienen diferente grado de instrucción.

En la presente investigación el 69.6% de todos los padres de familia que tuvieron conocimiento regular tuvieron actitudes favorables, al compáralo con el de Pérez que es el único de establecer esa relación y utiliza la misma metodología, observamos que la diferencia es mínima (65%) en donde la significancia estadística es menor que la nuestra por 0.001 ($p=0.005$ de Padilla y $p=0.006$ la presente investigación). Nosotros obtuvimos un mayor porcentaje de padres de familia que tenían conocimiento regular y actitudes favorables (69.6%) comparado con el de Pérez (65%), pero él en cambio obtuvo menor significancia que nosotros.

No hay que olvidar que si bien es cierto que a pesar que un alto porcentaje (69.6%) de los padres de familia encuestados tienen conocimiento regular y actitudes favorables, esto no guarda relación con el grado de instrucción el cual, en un alto porcentaje (69%), tiene educación básica incompleta (primaria y secundaria), esto es algo que nos llama tremendamente la atención.

Finalmente, creemos que la presente investigación es muy importante porque, a la luz de los resultados encontrados, los padres de familia tienen un cierto conocimiento básico en relación a los traumatismos dento-alveolares, por ello si

queremos contribuir en el mejoramiento de su conocimiento, debemos tomar en consideración este hecho, para no sub-estimarlos y prepara estrategias educativas para adultos que complementen ese conocimiento básico, es decir reforzar aquellos conocimientos que son débiles como lo demuestra el cuestionario de preguntas. Esto, definitivamente contribuirá a la prevención de las secuelas e injurias provocadas por los accidentes dento-alveolares de los niños sobretodo de los pre-escolares (menores de cinco años).

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir lo siguiente:

1. El 69% de la población estudiada tuvo un grado de educación básica incompleta, se incluyó en esta categoría: primaria incompleta, primaria completa y secundaria incompleta.
2. El nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares en los padres de familia fue regular obteniendo un porcentaje de 82.8% y obteniendo una actitud favorable con un 81.0%.
3. Al cuestionario de conocimiento, la pregunta menos acertada fue la N°14 ¿Cómo lo llevaría desde que cae al piso hasta que el niño es llevado a la atención de emergencia?” con un 3.4%(6), en contraparte obtuvimos la pregunta más acertada que fue la pregunta N°7 “Si su niño se le fracturaran los dientes o se salieran los dientes por completo ¿cuál es el primer lugar a donde acudiría?” 82.2% (144 padres), resultados bastantes distantes.
4. Al cuestionario de actitud, pregunta N° 2 obtuvo el menor porcentaje de respuestas favorables con 18.4% (32 padres) “Es mejor colocar el diente de hueso en su lugar” sin embargo la pregunta N° 12 obtuvo el mayor porcentaje de respuestas favorables con un 98.8% (172 padres) “Debemos llevar al niño/a inmediatamente al dentista”.
5. El 69.6% (121padres) de los padres tuvieron conocimiento regular y actitud favorable.
6. Existe relación estadísticamente significativa $p=0.006$ ($p<0.05$) entre el nivel de conocimiento y la actitud en los padres de familia en relación al tema de traumatismos dento-alveolares.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

1. La Facultad de odontología de la UNAP a través del Internado Odontológico debería realizar campañas educativas sobre el manejo de traumatismos dentales en los colegios y organizaciones de base: club de madres, vaso de leche, locales comunales, comedores populares y otros.
2. A los docentes de las asignaturas de pre grado de las facultades de odontología tales como preventiva, comunitaria, odontopediatría y clínica del niño, incluir tópicos relacionados con los traumatismos dentoalveolares dirigidos a los padres de familias de los centros educativos, asociaciones de base, utilizando para ello estrategias educativas adecuadas como son talleres, visitas domiciliarias, sociodramas, entre otros.
3. Poner más énfasis en ampliar el conocimiento en los alumnos de pregrado de las facultades de odontología a fin de que estos alumnos al hacer el internado hospitalario y rural estén capacitados para resolver estas situaciones de acuerdo al manejo del protocolo establecido para estos casos; y para su posterior manejo en las consultas privadas al atender pacientes traumatizados.
4. Realizar futuras investigaciones relacionadas al tema, traumatismo dentoalveolar, que incluya entre otras cosas prevención contra los accidentes y otros el tema.

CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padilla E.A., et al, Revista Odontológica Mexicana “traumatismos dentarios: su conocimiento en padres de familia”, marzo 2005.
2. Al-Jundi SH,. Knowledge of Jordanian mothers with regards to emergency management of dental trauma. Department of Preventive Dentistry, Jordan University of Science and Technology, Irbid, Jordan. Dent Traumatol. 2006
3. Oliveira TM., et al, Knowledge and attitude of mothers with regards to emergency management of dental avulsion. Baurú School of Dentistry, University of São Paulo, São Paulo, Brazil. J Dent Child (Chic). 2007
4. Santos ME., et al, Parent and caretaker knowledge about avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol. 2009
5. Vergotine RJ, Koerber A.The relationship of dental visits to parental knowledge of management of dental trauma. Department of Pediatric Dentistry, College of Dentistry, University of Illinois at Chicago, IL, USA. Pediatr Dent. 2010.
6. Hashim R. Investigation of mothers' knowledge of dental trauma management in United Arab Emirates. Growth and Development Department, Ajman University of Science and Technology, PO. Eur Arch Paediatr Dent. 2012.
7. Perez J. A. “Nivel de conocimiento y actitud frente a traumatismos dentales en niños del personal del INABIF, Iquitos -2012”

8. Yassen GH., et al. Knowledge and attitude of dental trauma among mothers in Iraq. Department of Paediatric, Orthodontic and Preventive Dentistry, Mosul University School of Dentistry, Mosul, Iraq. Eur Arch Paediatr Dent. 2013.
9. Rodríguez M. "Nivel de conocimiento en prevención en salud bucal en gestantes del hospital nacional Daniel Alcides Carrion en el año 2002" Disponible en la web: <http://sisbid.unmsm.ed.pe/bibvirtual/tesis/salud/rodriguez-v,m/rodr%adguez-v-m.htm>.
10. Rivera R., Nivel de conocimiento y actitud sobre traumatismos dentoalveolares en profesores de nivel primario de escuelas públicas (2011).
11. Castillo R., et al, Departamento Académico de Estomatología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia , Estomatología Pediátrica, Primera Edición, Ripano S.A (Madrid- España 2011)
12. Andreasen J.O, Adreansen FM. Lesiones Traumáticas. España; Editorial Médica Panamericana. 1990.
13. Da Costa L, Correa MSN, Riveiro R. Traumatismo na denticao decidua. Cap. XL. En: Odontopediatria na primeira infancia. Correa MSN. 2da ed. Sao Paulo: Santos. 2005.
14. Koch G, Modeer T, Poulsen S, Rasmussen P, Odontopediatria: Clínico. Cap. 14. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 1994.
15. Parkin SF. A Recent análisis of traumatic injuries to children's teeth . J of Dent for Children. 1967; 34(5):323-5.

- 16.. Duarte D, Bonecker M, Sant Anna G, Sano Selma . Odontopediatria. Lesoes traumáticas em dentes deciduos: tratamento e controle. Sao Paulo: Santos. 2011.
- 17.Sandalli N, Cildir S, Guler N. Clinical investigation of traumatic injuries in Yeditepe University, Turkey during the last 3 years. Dent Traumatol 2005; 21: 188-194
- 18.Correa MSN, Peixoto L, Zardetto C, Correa F, Rodriguez C. Tooth Loos and subluxation in the primary dentition : a twelve year follow-up case report. J Clin Pediatric Dent . 2005; 29(2): 127-132.
- 19.Andreassen JO Cap 1 Lesiones Traumáticas de los Dientes. 3 ed. Barcelona: Labor. 1984.
- 20.Escobar FM. Traumatismos en la dentición temporal. En: Escobar FM. Odontología pediátrica. 2da Edición. Chile; Editorial Universitaria; 1990: 213-226.
- 21.Gonzales D.C., Avulsión en Dentición Primaria, Universidad Peruana Cayetano Heredia, (2010)
- 22.Skaare AB, Jacobsen I. Etiological factors related to dental injuries in Norwegians aged 7-18 years. Dent Traumatol. 2003; 19(6): 304-8.
- 23.Zamon EL, Kenny DJ. Replantation of Avulsed Primary Incisors: A Risk-Benefit Assessment. J Can Dent Assoc 2001; 67: 386.
- 24.Choi SC, Park JH, Pae A, Kim JR. Retrospective study on traumatic dental injuries in preschool children at Kyung Hee Dental Hospital, Seoul, South Korea. Dent Traumatol 2010; 26: 70-75.

25. Andreasen JO, Andreasen FM. Essentials of traumatic Injuries to the teeth. 2da ed. St Louis: Mosby editors; 2000.
26. Paredes-Martínez ER, Díaz-Pizán ME. Avulsión en la dentición decidua: ¿Reimplantar o no? Rev. Estomatol Herediana. 2009; 19 (1): 63-65.
27. Harkacz OM., Cames DL., Walter WA., Determination of periodontal Ligament Cell Viability in the Oral Rehydration Fluid Gatorade and Milks of varying fat content. J Endod. 1996;22(1):30-84.
28. International Association Dental Traumatology- Dental; Trauma.CRG (Homepage en Internet). Management of dent trauma in children: (Citado el 13 Nov 2006).
29. Miguel Glizer Isaac; Prevención de accidentes y lesiones: Conceptos, métodos y orientaciones para países desarrollo: Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud.EE.UU. OPSOMS. 1993;(29):31-84.
30. http://www.iadtdentaltrauma.org/web/index.php?option=com_content&task=view&id=24&Itemid=39 (citado 16/02/10)

CAPITULO IX

ANEXOS

**ANEXOS
ANEXO N° 01**

INFORME ESTADISTICO DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

1. EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ

La validez se determinó mediante el juicio de expertos o método Delphi, los expertos fueron: C.D. Romina Grisel Gómez Ruiz, Lic. en enfermería Katty Grace Alván Aguilar, Lic. E.I. Martha Patricia Ponce García, C.D. James Alberto Cabellos Luyo, C.D. Luis Ítalo Reátegui Moura, Lic. en Educación-Comunicación Herlinda Navarro Cobos, Psicóloga Helen Tello Collantes, Médico-Pediatra Carlos Alberto Tello Ramírez , C.D. Jorge Francisco Bardales Ríos y C.D. Úrsula Rodríguez Sanjurjo; los resultados de la revisión se muestran en la tabla de criterios para determinar la validez de un instrumento de recolección de datos para este caso el mismo que debe analizar como mínimo 0.70 en el coeficiente de correlación calculado:

PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

N°	Expertos	Cuestionario		Test	
		Ítems Correctos	%	Ítems correctos	%
1	C.D. Romina G. Gómez Ruiz	7	70.0	8	100.0
2	Lic. Katty G. Alván Aguilar	9	90.0	7	87.5
3	Lic. Martha P. Ponce Garcia	10	100.0	8	100.0
4	C.D. James A. Cabellos Luyo	10	100.0	8	100.0
5	C.D. Luis I. Reátegui Moura	10	100.0	8	100.0
6	Lic. Herlinda Navarro Cobos	10	100.0	8	100.0
7	Psicóloga Helen Tello Collantes,	10	100.0	8	100.0
8	Méd. Carlos A. Tello Ramírez	10	100.0	8	100.0
9	C.D. Jorge F. Bardales Ríos	10	100.0	8	100.0
10	C.D. Úrsula Rodríguez Sanjurjo	10	100.0	8	100.0
TOTAL			960.0		987.5

VALOR %	INTERPRETACIÓN DE LA VALIDEZ
0-24	MUY BAJA
25-49	BAJA
50-69	REGULAR
70-89	ACEPTABLE
90- 100	ELEVADA

1.1. VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO SOBRE TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

$$Validez = \frac{960.0}{10} = 96.0\%$$

Interpretación de la validez. El instrumento sometido a Juicio de expertos alcanzó una validez de 96,00%, esto indica que el instrumento posee una validez elevada; por tanto el instrumento mide la variable que pretende medir.

1.2. VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE ACTITUD SOBRE TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

$$Validez = \frac{987.5}{10} = 98.7\%$$

Interpretación de la validez. El instrumento sometido a Juicio de expertos alcanzó una validez de 98,7%, esto indica que el instrumento posee una elevada validez lo que significa que mide la variable que pretende medir.

2. EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD

2.1. CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

La Confiabilidad para el cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares en los padres de familia, se llevó a cabo mediante el método de intercorrelación de ítems cuyo coeficiente es el Alfa de Cronbach; los resultados obtenidos se muestran a continuación.

Estadísticos de confiabilidad para el cuestionario del Nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares

Alfa de Cronbach para el cuestionario del Nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de ítems
0.866	0.867	20

La confiabilidad del cuestionario nivel de conocimiento sobre traumatismos dentoalveolares en los padres de familia, según el coeficiente Alfa de Cronbach fue mayor de (0.867 ó 86.7%) que es considerado valido para su aplicación.

2.2. CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE ACTITUD SOBRE TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

Al igual que el instrumento anterior la Confiabilidad del cuestionario de actitud sobre traumatismo dentoalveolares, se realizó mediante el método de intercorrelación de ítems cuyo coeficiente es el Alfa de Cronbach cuyos resultados se detallan a continuación.

Estadísticos de confiabilidad para el cuestionario de actitud sobre traumatismos dentoalveolares

Alfa de Crombach el cuestionario de actitud sobre traumatismos dentoalveolares	Alfa de Crombach basada en los elementos tipificados	N° de ítems
0.797	0.803	12

La confiabilidad del cuestionario de actitud sobre traumatismos dentoalveolares mediante el coeficiente Alfa de Cronbach fue mayor de 0.803 (80.3%) que es considerado valido para su aplicación.

**CAPÍTULO IX
ANEXOS
ANEXO N° 02**

INSTRUMENTO N°01

CUESTIONARIO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES EN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO POBLADO VILLACRUZ, CARRETERA IQUITOS-NAUTA”

1.-PRESENTACIÓN

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer el nivel de conocimiento en relación a traumatismos dentoalveolares ; los resultados obtenidos se utilizaran solo para fines de estudio, es de carácter anónimo y confidencial.

Se le agradece anticipadamente su participación.

2.-INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario será entregado a los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta”; que aceptaron participar en la investigación, donde llenaran sus datos personales.

Consta de 20 preguntas, cada una con 4 alternativas.

MARQUE SUS DATOS PERSONALES CON UNA ASPA

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: menos de 20() 20 – 24 () 25 – 29 () 30 – 34 ()

35 = 39 () 40 = 44 () 45 = 50 () 51 años a más ().

Grado de instrucción:

Primaria : Incompleta () Completa ()

Secundaria: Incompleta () Completa ()

Superior : Incompleta () Completa ()

3.- CONTENIDO

CUESTIONARIO I

Lea determinadamente las siguientes preguntas, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque de acuerdo a su criterio.

- 1) Los "Traumatismos dentoalveolares" son:
 - a) **Lesiones de dientes y de hueso.**
 - b) Lesiones únicamente de hueso.
 - c) Lesiones de los labios
 - d) Lesiones únicamente de diente.

- 2) Al problema por el cual los dientes de adelante se salen con la raíz completa por un fuerte golpe durante un accidente se le conoce como:
 - a) Infección dentaria
 - b) Caries dental
 - c) **Arrancamiento traumático del diente (avulsión)**
 - d) Fractura dentaria.

- 3) En cuál de los siguientes dientes ocurre la mayor incidencia de traumatismos dentoalveolares?:
 - a) **Incisivos Superiores.**
 - b) Canino inferior.
 - c) Premolares inferiores.
 - d) Molares superiores.

- 4) ¿En qué etapa cree usted que se da con mayor frecuencia los traumatismos dentoalveolares?
 - a) Se ve más en niños que en adultos mayores.
 - b) **Cuando están en edad preescolar y escolar.**
 - c) A los 6 meses de nacido.
 - d) Es más frecuente en las niñas.

- 5) Las causas más comunes de los traumatismos dentoalveolares son:
 - a) **Actividades deportivas y domésticas.**
 - b) Accidentes ocurridos solo en el colegio.
 - c) Agentes microbianos.
 - d) Solo accidentes de tránsito.

- 6) ¿Cuáles son las ventajas de actuar rápidamente frente a un traumatismo dentario?:
 - a) No trae ninguna ventaja.
 - b) Se evita las infecciones de los dientes.
 - c) Se evita la infección de los tejidos blandos.
 - d) **Mayor posibilidad de no perder el diente.**

- 7) Si a su niño se le fracturaran los dientes o se le salieran los dientes con la raíz completa ¿cuál es el primer lugar a donde acudiría?
- a) En un establecimiento de salud donde hay un dentista.**
 - b) Médico particular.
 - c) Con una enfermera.
 - d) Lo atiende en casa para no perder tiempo.
- 8) Cuál es el tiempo que usted considere ideal para buscar atención de emergencia si su niño(a) sufre un traumatismo dentoalveolar?
- a) Antes de 30 minutos.
 - b) Puede ser hasta 4 horas.
 - c) En el plazo de un día.
 - d) Lo más rápido posible.**
- 9) ¿Cree Ud. que es posible salvar el diente que se salió por completo de la boca del niño?
- a) Sí, pero solo si es un diente de leche.
 - b) No porque está contaminado.
 - c) Sí, Depende de qué tipo de diente sea (de leche o de hueso).**
 - d) No porque ya se murió el diente.
- 10) ¿Se debe buscar el pedazo de diente de "hueso" roto o el diente que se ha salido por completo de su sitio en el lugar del accidente?
- a) No, porque si se coloca de nuevo puede infectarse la boca.
 - b) Sí, pero después de dos horas, no antes.
 - c) No deben recogerse porque ya está contaminado.
 - d) Sí, porque con los materiales modernos se puede recolocar el diente en su lugar.**
- 11) En la mayoría de los niños ¿A qué edad le aparecen los dientes delanteros definitivos "de hueso"?
- a) A los 3 años.
 - b) A los 6 años.**
 - c) A los 9 años.
 - d) A los seis meses.
- 12) Si Usted decide recoger el diente de "hueso" que se salió con la raíz completa ¿Cómo limpiaría usted al diente?
- a) No hago nada porque no se podrá salvar el diente.
 - b) El diente debe lavarse pero sin tocar la raíz del diente.**
 - c) Lo lavaría con alcohol
 - d) Lo limpiaría con un papel toalla.
- 13) ¿Colocaría Usted el diente en el mismo lugar en el que se encontraba en la boca del niño?
- a) Si pero si el niño tiene 12 años o más.
 - b) Puede ser, depende del niño.
 - c) Definitivamente no.
 - d) Si lo colocaría.**

- 14) Si usted decidió no poner en su sitio el diente caído ¿Cómo lo llevaría desde que se cae al piso hasta que el niño es llevado a la atención de emergencia?
- a) En alcohol.
 - b) En agua oxigenada.
 - c) **En un frasco con leche.**
 - d) En papel higiénico o pañuelo limpio.
- 15) A los dientes rotos o quebrados a consecuencia de un fuerte golpe en el boca se le conoce:
- a) Arrancamiento traumático del diente (avulsión)
 - b) Infección dentaria.
 - c) luxación dentaria (movilidad).
 - d) **Fractura dentaria.**
- 16) ¿Qué consecuencia trae como resultado un traumatismo dentoalveolar?
- a) **Afección psicológica y emocional tanto para el padre como para el niño afectado.**
 - b) Dolor y molestia constantes después del accidente.
 - c) No trae consecuencias serias.
 - d) Solamente alteraciones en los dientes sucesores "de hueso".
- 17) ¿Cree Ud. que el diente temporal "de leche" que sufre un traumatismo y es arrancado de su sitio por completo, no debe recolocarse en su lugar?
- a) Sí, para que no se vea sin diente.
 - b) **No debido a un alto riesgo de dañar el diente sucesor "de hueso".**
 - c) Si puede recolocarse.
 - d) No porque ya está muerto el diente.
- 18) ¿Cree Ud. Que es de igual importancia recolocar a un diente temporal o "de leche" que a un diente permanente o "de hueso"?
- a) Sí, porque ambos cumplen una función
 - b) No se debe de recolocar ninguno de ellos, porque ya no sirve.
 - c) **No. Porque el diente de hueso ya no será reemplazado por otro diente permanente o "de hueso".**
 - d) No, porque el diente de leche no es tan importante
- 19) ¿Cómo podría evitar los traumatismos dentoalveolares en los niños menores de tres años?
- a) Que no salgan de la casa.
 - b) **No se los debe dejar solos.**
 - c) No se pueden evitar.
 - d) Evitando que corran sin motivo.
- 20) ¿Por qué es importante recibir una orientación profesional acerca de los traumatismos dentoalveolares?
- a) No, porque es muy caro.
 - b) Porque estaríamos previniendo solamente problemas estéticos.
 - c) No es importante.
 - d) **Porque la atención inmediata va a mejorar el pronóstico.**

VALORACIÓN DEL CUESTIONARIO I

1° Categoría: Buen nivel de conocimiento.....	14- 20 puntos
2° Categoría: Regular nivel de conocimiento.....	7 - 13 puntos
3° Categoría: Deficiente nivel de conocimiento.....	0 - 6 puntos

RESPUESTA CORRECTAS

- Pregunta N° 1: alternativa: a..... 1 punto
- Pregunta N° 2: alternativa: c..... 1 punto
- Pregunta N° 3: alternativa: a..... 1 punto
- Pregunta N° 4: alternativa: b..... 1 punto
- Pregunta N° 5: alternativa: a..... 1 punto
- Pregunta N° 6: alternativa: d..... 1 punto
- Pregunta N° 7: alternativa: a..... 1 punto
- Pregunta N° 8: alternativa: d..... 1 punto
- Pregunta N° 9: alternativa: c..... 1 punto
- Pregunta N° 10: alternativa: d..... 1 punto
- Pregunta N° 11: alternativa: b..... 1 punto
- Pregunta N° 12: alternativa: b..... 1 punto
- Pregunta N° 13: alternativa: d..... 1 punto
- Pregunta N° 14: alternativa: c..... 1 punto
- Pregunta N° 15: alternativa: d..... 1 punto
- Pregunta N° 16: alternativa: a..... 1 punto
- Pregunta N° 17: alternativa: b..... 1 punto
- Pregunta N° 18: alternativa: c..... 1 punto
- Pregunta N° 19: alternativa: b..... 1 punto
- Pregunta N° 20: alternativa: d..... 1 punto

**ANEXOS
ANEXO N° 03**

INSTRUMENTO N°02

**“ESCALA DE ACTITUD SOBRE TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES EN LOS PADRE DE
FAMILIA DEL CENTRO POBLADO VILLACRUZ, CARRETERA IQUITOS-NAUTA”**

1.-PRESENTACIÓN

El objetivo de esta escala es saber sobre el manejo inmediato de los accidentes traumáticos en odontología. Con este cuestionario se desea conocer las acciones que usted realizaría si a su niño, se le rompen o se le salen violentamente los dientes de la boca por un accidente. El siguiente cuestionario nos servirá como instrumento para medir la escala de actitud de los padres de familia del Centro Poblado Villacruz, Carretera Iquitos-Nauta”, frente a traumatismos dentoalveolares en sus niños.

Se le agradece anticipadamente su participación.

2.-INSTRUCCIONES:

Lea determinadamente los dos casos que a continuación planteamos se le ruega total sinceridad. Tómese el tiempo que usted considere necesario y luego marque su elección para cada pregunta.

El instrumento consta de 2 casos las cuales constan de 6 preguntas cada una con 5 alternativas.

MARQUE SUS DATOS PERSONALES CON UNA ASPA

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: menos de 20() 20 – 24 () 25 – 29 () 30 – 34 ()
35 – 39 () 40 – 44 () 45 – 50 () 51 años a más ().

Grado de instrucción:

Primaria : Incompleta () Completa ()

Secundaria: Incompleta () Completa ()

Superior : Incompleta () Completa ()

CUESTIONARIO II

Imagine dos accidentes dentales que va a leer a continuación:

Primer caso:

Un niño de 9 años jugando con sus amiguitos se cae a causa de un empujón y se golpea la boca, usted ve que está sangrando y le falta uno de sus dientes delanteros "de hueso" mira al suelo y el diente está en el piso.

Responda los siguientes ítems:

1. Es mejor recoger el diente que cayó al piso :
 - a. Totalmente de acuerdo.
 - b. De acuerdo.
 - c. Indeciso.
 - d. En desacuerdo.
 - e. Totalmente en desacuerdo.

2. Es mejor colocar el diente de "hueso" en su lugar dentro de la boca:
 - a. Totalmente de acuerdo.
 - b. De acuerdo.
 - c. Indeciso.
 - d. En desacuerdo.
 - e. Totalmente en desacuerdo.

3. La información adecuada y la experiencia adquirida no influyen en la atención de emergencia:
 - a. Totalmente de acuerdo.
 - b. De acuerdo.
 - c. Indeciso.
 - d. En desacuerdo.
 - e. Totalmente en desacuerdo.

4. Debemos llevar al niño inmediatamente al dentista:
 - a. Totalmente de acuerdo.
 - b. De acuerdo.
 - c. Indeciso.
 - d. En desacuerdo.
 - e. Totalmente en desacuerdo.

5. Es preferible conservar el diente para luego mostrárselo al dentista:
 - a. Totalmente de acuerdo.
 - b. De acuerdo.
 - c. Indeciso.
 - d. En desacuerdo.
 - e. Totalmente en desacuerdo.

6. Los conocimientos sobre traumatismos dentoalveolares no sirve de mucho en estos casos:
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Indeciso
 - d. En desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo.

Segundo caso:

Un niño(a) de 4 años se cae de la bicicleta, se golpe contra el suelo y como consecuencia de ello sus dientes delanteros "de leche" se rompen, usted le mira la boca y observa que le falta parte de sus dientes los cuales se encuentran en el suelo:

Responda los siguientes ítems:

7. Este tipo de traumatismo no es común en niños:
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Indeciso
 - d. En desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo

8. Debemos buscar los pedazos del diente del niño(a) en el piso o en la boca:
 - a. Totalmente de acuerdo.
 - b. De acuerdo.
 - c. Indeciso.
 - d. En desacuerdo.
 - e. Totalmente en desacuerdo.

9. No es necesario entregar al dentista la parte del diente roto:
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Indeciso
 - d. En desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo

10. Colocar los pedazos del diente en un frasco con líquido para conservarlo es lo más adecuado:
 - a. Totalmente de acuerdo.
 - b. De acuerdo.
 - c. Indeciso.
 - d. En desacuerdo.
 - e. Totalmente en desacuerdo.

11. No es necesario informar al dentista que busco las partes del diente en el lugar del accidente:
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Indeciso
 - d. En desacuerdo
 - e. Totalmente en desacuerdo

12. Debemos llevar al niño(a) inmediatamente al dentista:
 - a. Totalmente de acuerdo.
 - b. De acuerdo.
 - c. Indeciso.
 - d. En desacuerdo.
 - e. Totalmente en desacuerdo.

VALORACIÓN DEL CUESTIONARIO II

Para la valoración de los enunciados se considerará la escala de Likert.

AFIRMACIONES POSITIVAS

Si, Definitivamente sí (Totalmente de acuerdo).....	5 puntos
Tal vez sí, Probablemente sí (De acuerdo).....	4 puntos
Duda (Indeciso).....	3 puntos
Tal vez no, Probablemente no (En desacuerdo).....	2 puntos
No, Definitivamente no (Totalmente en desacuerdo).....	1 puntos

AFIRMACIONES NEGATIVAS

Sí, Definitivamente sí (Totalmente de acuerdo).....	1 puntos
Tal vez sí, Probablemente sí (De acuerdo).....	2 puntos
Duda (Indeciso).....	3 puntos
Tal vez no, Probablemente no (En desacuerdo).....	4 puntos
No, Definitivamente no (Totalmente en desacuerdo).....	5 puntos

1° Categoría: Actitud Favorable.....36-60 puntos

2° Categoría: Actitud Desfavorable..... 12-35 puntos

**ANEXOS
ANEXO N°04**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr (a) padre de familia; quienes nos dirigimos a usted: Karen Arista Filomeno, Wendy Roxana Sánchez Mosqueda, tenemos el grado de bachiller en Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. La finalidad del presente comunicado es para darle a conocer que actualmente estamos realizando un trabajo de investigación para obtener el título de Cirujano Dentista. El trabajo consiste en medir el nivel de conocimiento y actitudes que ustedes como padres de familia poseen sobre traumatismos dentoalveolares.

Solicitamos su colaboración en el trabajo y su participación en todas las actividades del mismo, su participación es libre y voluntaria, pero le agradeceríamos que nos brinde su ayuda durante el tiempo que dure el trabajo. Gracias.

Si acepto participar ()

No acepto participar ()



SALUD BUCAL

La boca es una parte fundamental del cuerpo.

- La salud de los dientes y las encías puede afectar la salud de todo el cuerpo.

CONOZCAMOS NUESTROS DIENTES

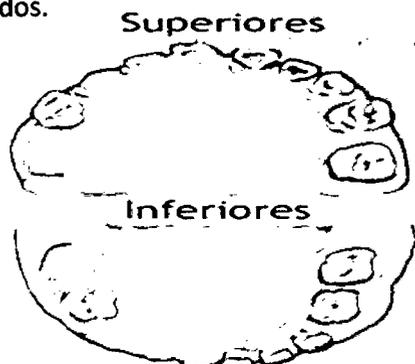
DENTICIÓN TEMPORAL O DE LECHE

¿CUÁNDO APARECEN LOS DIENTES TEMPORALES O DE LECHE?

- Empiezan a aparecer aproximadamente a los seis meses de edad y termina alrededor de los dos o tres años.

¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LA DENTICIÓN TEMPORAL?

- Sirven para la buena masticación de los alimentos, indispensable para una buena digestión de los niños.
- Son los encargados de guardar el espacio entre los dientes permanentes.
- Si se extraen antes de tiempo, los permanentes saldrán mal colocados o montados.



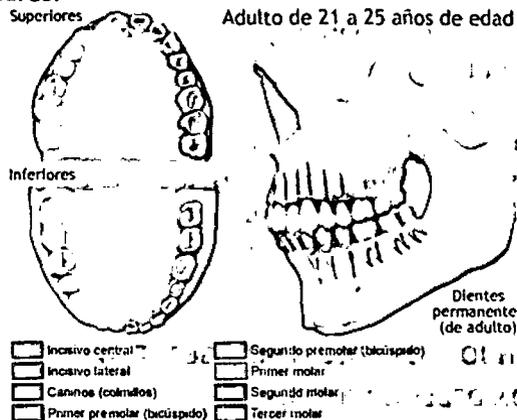
- Incisivo central
- Incisivo lateral
- Caninos (colmillos)
- Primer molar
- Segundo molar

DENTICIÓN PERMANENTE

¿CUÁNDO APARECEN LOS DIENTES PERMANENTES?

Empiezan a aparecer alrededor de los seis años con el diente llamado molar.

En las personas la dentición permanente está formada por 32 piezas dentarias, 16 en cada maxilar: 4 incisivos, 2 caninos, 4 premolares y 6 molares.



- Incisivo central
- Incisivo lateral
- Caninos (colmillos)
- Primer pre molar (bicúspido)
- Segundo pre molar (bicúspido)
- Primer molar
- Segundo molar
- Tercer molar

¿SABIAS QUE?

La mayor parte de tus dientes pueden salvarse si sabes que es lo debes hacer después de un golpe o caída en la boca.

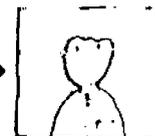
¿Sabes qué hacer si se te ha roto un DIENTE?



Busca el trazo de diente

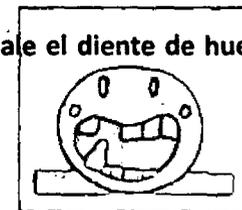


Puede pegarse o tirarlo en su caso

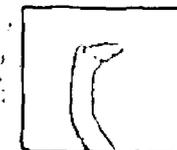


Para que esto sea posible, busca la ayuda inmediata de un dentista

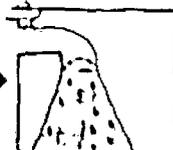
¿Sabes qué hacer si se sale el diente de hueso por completo?



Encuentra el diente

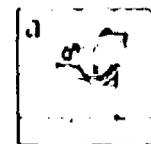


Sujétalo por la corona

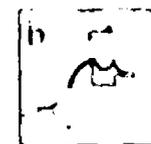


Limpia el fregadero. Enmágalo con agua fría

SIGUE UNA DE ESTAS ALTERNATIVAS



Vuelve a colocar el diente en su sitio



Coloca el diente en un vaso de leche o de suero salino



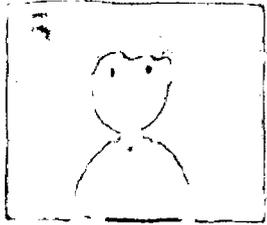
Cuando no haya leche coloca el diente en la boca entre la mejilla y la encía

TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

Son aquellas lesiones violentas de los dientes y tejidos peridentarios producidos por agentes externos.

Los niños y los adolescentes están permanentemente expuestos a sufrir accidentes por las actividades que diariamente realizan, ya sea practicando deportes o en forma casual, aun en lugares protegidos como puede ser su centro de estudios o su propia casa.

Tan importante es preocuparse por el trauma que sufren los dientes permanentes como los dientes primarios. Cada uno de ellos tiene una función específica que cumplir; por eso no debe subestimarse un traumatismo aun siendo este leve.



antes de recibir la
atención
especializada
de un especialista
dentista.

El tratamiento en la avulsión (salida del diente por completo de su lugar) de un diente deciduo o de leche está contraindicada, pues la reimplantación o recolocación de los dientes de "leche" avulsionados podría traer como consecuencias: necrosis pulpar, infecciones, inflamaciones e injurias del desarrollo de dientes permanentes o de hueso debido a la gran posibilidad de daño que podríamos ocasionar al momento de la manipulación de la recolocación, por la fuerza ejercida por la presión del coágulo hacia el diente de hueso en desarrollo.

LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE TRAUMATOLOGÍA DENTAL. Recomienda lo siguiente:

1. Evitar el uso de andadores.
2. Evitar el uso de patines en los niños.
3. Enseñar a su hijo a:
 - a. Cuidar sus dientes y los de sus compañeros durante los juegos evitando golpearlos con objetos contundentes.

- b. Observar bien su camino por la posible presencia de obstáculos que lo puedan hacer tropezar.
- c. No dar empujones durante los juegos.
- d. Permanecer sentado en el columpio sin saltar cuando esté en movimiento.
- e. Usar las escaleras para salir de la piscina.

4. Si su hijo practica deportes: a. Procure el uso de casco y protector bucal.

Ten en cuenta que el trauma dentario también trae como secuelas que los niños tiendan a evitar sonreír lo que disminuye su autoestima y perjudica su posterior desarrollo psicosocial.

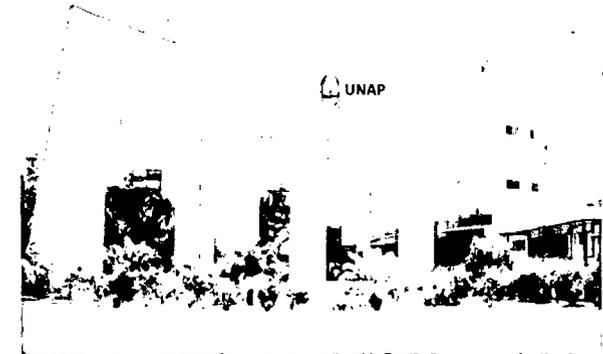
SI A TUS HIJOS QUIERES PROTEGER ESTA ORIENTACION DEBES CONOCER.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA
PERUANA**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Presentado por:

Bach. Karen Arista Filomeno

Bach. Wendy Roxana Sánchez Mosqueda

Iquitos- Perú

2014