

675000
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CATEDRA DE ODONTOPEDIATRIA

ACTITUD DEL ODONTOLOGO QUE ATIENDE NIÑOS EN
RELACION AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE
LOS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

Seminario de Tesis
Requisito para optar al Título de
Cirujano-Dentista

ALUMNOS: ANA MARIA AGUILERA DRAGO
MAURICIO CARVAJAL CONTRERAS
JEANNETTE VEGA DURAN

PROFESOR GUIA:
DRA. MARIA TERESA FLORES B.

Valparaíso-Chile
1993

Agradecemos la gentileza de Mentadent C., quién ha realizado un valioso aporte al financiamiento de este Seminario de Tesis.

A nuestros padres:

Finda y Edison
María Ismenia y Arturo
María Isabel y Jorge

Agradecemos a quienes entregaron parte de su tiempo y nos apoyaron para llevar a buen término este Seminario de Tesis.

Dra. María Teresa Flores B.
Dr. Juan Eduardo Onetto C.
Dra. Luisa Torrijos B.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
METODOLOGIA DE INVESTIGACION POR ENCUESTAS...	3
TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES EN NIÑOS: UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA ACTUAL.....	6
OBJETIVOS.....	10
MATERIAL Y METODO.....	11
RESULTADOS.....	13
TABLAS Y GRAFICOS.....	18
DISCUSION.....	26
CONCLUSIONES.....	32
SUGERENCIAS.....	33
COMENTARIOS.....	34
RESUMEN.....	35

INTRODUCCION

Los traumatismos dentoalveolares en niños son un problema creciente de salud pública que afecta a niños entre las edades de: 2 a 4 y 8 a 12 años, probablemente excederá a la caries y enfermedad periodontal siendo el reto más significativo de la odontología moderna.

A nivel local, en un estudio de 227 niños atendidos en el Servicio de Traumatología Dental Infantil, de la Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso, la mayor frecuencia de traumatismos dentoalveolares se registró en el grupo de 10 a 12 años (Onetto y cols.,1993).

El niño está expuesto desde pequeño a situaciones del diario vivir que debe enfrentar por sí solo, que lo arriesgan y predisponen a sufrir accidentes con diversas consecuencias. Una de éstas podría resultar en una lesión, por lo general localizada, que compromete a labios y dientes sin involucrar huesos de la cara ni cráneo. Cuando esto ocurre, el niño es trasladado a un servicio de urgencia, frecuentemente hospital o a una clínica de atención particular.

En la Quinta Región no existen Postas Odontológicas o Unidades de Emergencia Odontológicas Infantiles. En Chile la situación es generalizada, con la excepción, del Hospital Roberto del Río en la ciudad de Santiago. Por esta razón, el niño que ha sufrido un traumatismo dentoalveolar es trasladado a un Servicio de Urgencia, generalmente Hospital, donde es atendido por el cirujano dentista de turno el que brinda las primeras medidas terapéuticas, para posteriormente ser derivado a otros servicios ya sean públicos o privados.

La terapia del trauma es basada en conocimientos empíricos en casi todos los casos. Además, muchos de estos pacientes no son sometidos a seguimiento y/o control. Esta situación conlleva a que el tratamiento no tome en cuenta las complicaciones o secuelas de los procedimientos efectuados y que las maniobras terapéuticas del tratamiento secundario no cuenten con la información relevante del momento de la injuria.

Es importante recalcar, que los traumatismos dentoalveolares en niños plantean problemas especiales de evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y sobre todo de elevado costo si se considera el hecho que ningún

tratamiento es definitivo para toda la vida. Así también plantean potenciales secuelas que superan las simples diferencias anatómo-funcionales respecto al adulto.

"En 1988, el 0.2% de los artículos científicos publicados en revistas odontológicas se referían a traumatismos dentoalveolares" (Andreasen,1990). Lo que demuestra que hay un desconocimiento generalizado sobre ésta materia ya que las publicaciones sobre el tema son escasas.

La necesidad de establecer límites para tomar conciencia de la realidad, nos ha impulsado a realizar este seminario, cuyos resultados posiblemente servirán de orientación para mejorar los sistemas de atención a la comunidad y el enfoque pedagógico del tema.

para
consejo
de
sujer
prob
ata.
de
bag
en
est
fo.
de
di
cu
in
an
de
ar
ni
p
l

METODOLOGIA DE INVESTIGACION POR ENCUESTAS

La encuesta es un método comúnmente usado en investigación cuyos propósitos apuntan a la descripción explicatoria como también exploratoria de un determinado tema.

Principalmente es utilizada en estudios que tienen a individuos como unidades de análisis, siendo la encuesta muy útil para obtener datos originales que la gente puede proporcionar a partir de su propia experiencia, y a la vez observarla directamente. También a menudo son excelentes vehículos para obtener opiniones, medir actitudes y orientaciones en una gran población, recibir sugerencias para mejorar la instrucción y lograr obtención de datos semejantes (Babbie, 1983).

La encuesta puede realizarse cara a cara, es el caso de la entrevista, o usando como recurso el papel y lápiz más conocido como cuestionario.

La entrevista proporciona flexibilidad en la obtención de la información y así establece un vínculo mejor con el sujeto, porque se produce cara a cara. Los principales problemas son el tiempo, el costo, la dificultad de analizar las respuestas y la subjetividad.

El cuestionario resulta útil para obtener información de grupos de cierta magnitud. Su costo es relativamente bajo y posee gran capacidad para proporcionar información en un período breve de personas distribuidas en un área extensa. Entrega información que se interpreta con facilidad y se cuantifica cómodamente para el análisis.

Las preguntas utilizadas en un cuestionario pueden ser de dos tipos: abiertas y cerradas. En la pregunta abierta el sujeto construye la respuesta, por lo tanto, se permite cualquier argumento. Debe invertirse mucho tiempo en interpretación y categorización antes que sea posible analizarla.

En la pregunta cerrada sólo se permite dar respuestas determinadas. Si las alternativas no son suficientemente amplias, es decir, si no ofrece una respuesta que ocurre con mucha frecuencia, puede perderse información. La ventaja principal es la facilidad que otorga para registrar, interpretar, codificar y analizar (Padua y cols., 1982).

La pregunta abierta es usada de preferencia en el pre-test, cuando el investigador no conoce con certeza las posibles categorías de respuestas para la confección de un cuestionario con preguntas de tipo cerrada (Hayman,1968).

La encuesta de tipo estructurada con preguntas cerradas tiene por función principal la estandarización del proceso de entrevistar por medio de un cuestionario. Es importante considerar que la estandarización refuerza de gran manera la confiabilidad, además que otorga ventajas en términos de eficiencia produciendo ahorro de tiempo y dinero. Cuanto más formalizadas sean las preguntas, más sencillos serán los procesos de codificación y tabulación.

A pesar de sus ventajas metodológicas y sociales, la entrevista sumamente estructurada tiene ciertos defectos dentro de los cuales, está la tendencia del investigador a imponer sus propias categorías sobre las del informador. Así a menudo se tiende a suponer que la afirmación "no lo sé", en vez de ser neutral, se inclina más en una dirección que en otra. El entrevistado es obligado a hacer su elección, por ello, es poco flexible siendo difícil obtener información en un nivel muy profundo (Babbie,1983).

Para aminorar la relevancia del punto anterior, se considera esencial el uso del pre-test en la preparación de cualquier encuesta, siendo significativo el aporte que éste brinda en cuanto a puntos referentes como el fraseo de la pregunta, secuencia de las preguntas, técnica de entrevista, alternativas de respuestas entre otros. Es importante que los encuestados hagan comentarios, formulen preguntas en caso de dudas y señalen las ambigüedades.

En el área odontológica existe una amplia gama de temas investigados a través de encuestas. Estas persiguen medir conocimientos, actitudes y opiniones. La mayoría de ellas son puestas en práctica en forma indirecta siendo enviadas por correo. Esto ocurre principalmente en países desarrollados en los que existe una mentalidad de colaboración con la investigación.

En relación a las encuestas sobre traumas dentoalveolares el número de trabajos es escaso y los encontrados apuntan a describir el problema bajo el punto de vista epidemiológico, entregando datos acerca de la frecuencia y distribución según grupos etarios, sexo y causas (Uji y Teramoto,1988;Bijella y cols.,1990). Dentro de las causas más mencionadas se tienen las caídas, accidentes producidos por el impacto contra un objeto, colisiones

entre niños, accidentes de bicicleta, accidentes en automóviles y deportes (Sánchez y cols., 1981; Uji y Teramoto, 1988). También se han realizado encuestas que abordan el problema buscando la actitud de personas relacionadas con niños considerados con mayor riesgo de exposición a traumatismos dentoalveolares (Stokes y cols., 1992). Se debe prestar mucha atención al compararse el tipo de traumatismo reportado en los diferentes estudios porque pueden variar de acuerdo al lugar donde sean realizados (Sánchez y cols., 1981).

Cabe destacar que a partir de estos datos se obtiene información para planificar formas y métodos de prevención.

En Chile, no hay estudios de traumatismos dentoalveolares empleando encuestas como metodología para obtener información. Sin embargo, la encuesta como método de investigación social es utilizada comúnmente en otras áreas del quehacer odontológico (Anich y Lindenbaum, 1990 ; Suárez y cols., 1990 ; González y Perales, 1992).

TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES EN NIÑOS: UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA ACTUAL.

Los traumatismos dentoalveolares emergen como una amenaza creciente para la salud oral de los niños y adolescentes.

Estudios realizados en Valparaíso en niños menores de 3 años, revelaron que el 18,8% de éstos presentaban algún tipo de traumatismo dentoalveolar en su dentición temporal (Onetto y cols., 1989).

De acuerdo a estudios realizados por Andreasen, aproximadamente el 50% de los niños están expuestos a traumatismos dentoalveolares antes de abandonar la etapa escolar (Andreasen y Andreasen, 1990). La Odontología nada ha hecho por cambiar esta situación. La mayoría de la población, incluidos profesores, padres y odontólogos no ha tomado conciencia de las consecuencias que estos tipos de lesiones conllevan, además del impacto psicológico que no sólo afecta al niño sino también al ambiente familiar y social que lo rodea, por lo cual debe ser considerado más allá del aspecto bucodentario.

Junto con las posibles consecuencias físicas, emocionales y psicológicas se debe tener en cuenta la repercusión económica subsecuente. Así, por ejemplo, Dinamarca (5 millones de habitantes) gasta anualmente alrededor de 30 millones de dólares en tratamiento y prevención de los traumatismos dentoalveolares (Andreasen y Andreasen, 1990).

Las lesiones incluyen fracturas coronarias, fracturas radiculares, avulsiones dentarias y desplazamientos dentarios de todo tipo dentro del alveólo. Todas estas lesiones se pueden presentar combinadas y/o asociadas a lesiones de los tejidos blandos y otras estructuras orales y faciales (Harrington y cols., 1988).

Los traumatismos dentoalveolares en niños, deben ser considerados siempre como una patología de urgencia y por ende ser tratada en forma oportuna y eficiente. Los pacientes que se ven afectados por este tipo de lesiones acuden en forma inesperada a la consulta dental o a un servicio de urgencia odontológico, lo que obliga a los profesionales que trabajan en estos recintos a contar con una adecuada preparación y conocimiento para abordar certeramente este tipo de lesiones (Andreasen y

Andreasen, 1990).

El 40% del total de personas atendidas por el Sistema Nacional de Salud en Chile son niños de entre 0-14 años de edad. Los escolares están acogidos a un Seguro de Accidentes de acuerdo a la Ley Nº 16744 del año 1972. Si un estudiante sufre un accidente escolar resultando en un traumatismo dentario, el Servicio de Salud tiene la responsabilidad del otorgamiento de las prestaciones médicas (Artículo 4º Ley 16744) por lo que el niño es trasladado a la Unidad de Emergencia, iniciando un largo camino por recorrer en la solución de su patología.

En Marzo de 1990 se creó el Servicio de Traumatología Dental Infantil de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso como un aporte a la comunidad de la Quinta Región afectada por esta patología (Flores, 1991).

Es importante enfocar el tema desde el punto de vista clínico y pedagógico, de manera de lograr la complementación necesaria para que la casuística aporte a la instrucción y avance docente sobre el tema, de tal forma que los centros formadores obtengan un mayor número de casos clínicos y a su vez, los pacientes sean beneficiados con el conocimiento de nuevos procedimientos y técnicas en la terapéutica de estas lesiones.

Es necesario que los centros formadores, asuman la responsabilidad de capacitar al profesional odontólogo en la atención no programada, así como en controlar y canalizar positivamente la ansiedad que acompaña al niño y a sus padres.

En el caso de nuestra Facultad, temas relacionados con los Traumatismos Dentoalveolares son tratados en las cátedras de Cirugía Oral, Patología Oral, Endodoncia y Odontopediatría. Con respecto a Traumatismos Dentoalveolares en niños, el estudiante egresado sólo ha tenido un tiempo de enseñanza de aproximadamente 14 horas pedagógicas durante toda su permanencia en la Escuela, lo que se traduce en un sentimiento de falta de preparación para verse enfrentado a una emergencia de este tipo. Además, no existen las suficientes oportunidades de atender y seguir estos niños en la Universidad, por que la mayoría acude en primera instancia a los Hospitales (IADT, 1993).

Es necesario cuanto antes iniciar una campaña de instrucción y difusión de las medidas de primeros auxilios

a la comunidad, odontólogos, padres, profesores y entrenadores deportivos, con el fin de prepararlos ante la eventualidad de verse involucrados en accidentes que causen lesiones dentoalveolares en niños, de manera de hacer más favorable el pronóstico de estas lesiones. No obstante lo anterior es necesario abordar el problema desde la perspectiva de la prevención.

En lo que respecta a las acciones a efectuar en los niveles secundario y terciario de prevención, se espera que la difusión del conocimiento biológico de los procesos de cicatrización implicados, el avance en los biomateriales dentales y por ende, en las técnicas rehabilitadoras cada día más estéticas, el tratamiento de urgencia del traumatismo dentario sea de manejo masivo dentro de la odontología. Este tratamiento deberá instaurarse lo más pronto posible después de la lesión, permitiendo limitar el daño y evitar secuelas con un pronóstico desfavorable (Garbarino y Flores, 1992).

Es fundamental que el tratamiento de estas injurias deje de estar basado en la noción empírica y de paso a la razón científica que en base a conocimientos biológicos permita un adecuado manejo de estas lesiones considerando las posibles complicaciones y secuelas.

En general, el tema es desconocido a nivel mundial comprobándose en el país, que es común que en los servicios dentales de urgencia, donde se atienden niños con este tipo de lesiones, no existan fichas clínicas apropiadas que registren el traumatismo dentoalveolar. De ahí que los estudios de prevalencia en este campo sean difíciles de realizar por no contar con registros apropiados.

A lo anterior, podemos agregar que existe falta de interés en investigar y publicar los conocimientos en este área, quedando demostrado en la escasez de artículos y libros publicados hasta la fecha sobre el tema. Sólo hay cuatro o cinco investigadores que dedican tiempo completo en el mundo a la investigación del trauma dental y seguimiento de los casos (Andreasen y Andreasen, 1990).

Los traumatismos dentoalveolares, han sido vistos en algunas publicaciones como un problema de salud pública. Sin embargo, no se aprecia un cambio de actitud en la comunidad odontológica.

Sin duda alguna, los desafíos a los que se enfrenta la Odontología hoy en día son grandes, por lo que es

importante hacer partícipe a toda la comunidad en la prevención y tratamiento no sólo de este problema si no también en el fomento y mantención de la salud oral en general. Si lo anterior es esencial, la integración de la actividad docente con la clínica es el motor que impulsará el progreso y avance de nuestra profesión, para así enfrentar efectiva y eficientemente el futuro.

El estudio, diagnóstico y tratamiento de los traumatismos dentoalveolares, está basado en la clasificación de Andreasen, aplicable a ambas denticiones y modificada en 1969 por la Organización Mundial de la Salud, encontrándose hoy en la Clasificación Internacional de las Enfermedades aplicadas a la Odontología y Estomatología.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL: Detectar la actitud del odontólogo que atiende niños en relación al diagnóstico y tratamiento de los traumatismos dentoalveolares.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1- Aplicar el método de investigación social en el campo odontológico.
- 2- Elaborar una encuesta para recopilación de datos .
- 3- Cuantificar los conocimientos que los profesionales poseen en relación a diagnóstico, tratamiento, seguimiento, oportunidad de derivación y necesidades de difusión comunitaria referida a traumatismos dentoalveolares en niños.
- 4- Cuantificar los profesionales que no se sienten capacitados para enfrentar los traumatismos dentoalveolares en niños.
- 5- Cuantificar los profesionales que realizan tratamiento de urgencia en traumatismos dentoalveolares, determinando la frecuencia de esta acción.
- 6- Identificar las razones dadas para no atender casos de urgencia en traumatismos dentoalveolares.
- 7- Relacionar los años de profesión con la conducta de tratamiento correcta.
- 8- Identificar los medios por los cuales el odontólogo tiene acceso a información referente al tema.
- 9- Detectar algunas opiniones en relación a formas de práctica clínica.

MATERIAL Y METODO

Nuestra investigación se llevará a cabo en un universo formado por todos los odontólogos de la Quinta Región, que atienden niños.

La selección de las ciudades de la 5ta. Región donde se pondrá en práctica la investigación, se realizará en forma intencionada, siendo éstas la conurbación Valparaíso - Viña del Mar, por concentrarse en éstas el mayor número de odontólogos dentro de la región, y por ser los núcleos urbanos regionales de más importancia.

La muestra será extraída del listado de dentistas colegiados y no colegiados, obtenida a través del Colegio de Cirujano Dentistas Filial 5ta. Región del año 1992.

Se procederá a consultar telefónicamente si atienden niños en su práctica profesional. Se obtendrá así un nuevo listado que constituirá la muestra o grupo en estudio al que se aplicará el cuestionario correspondiente.

La investigación comprenderá dos etapas:

Primera etapa:

Consistirá en la aplicación de un pre-test (prueba de cuestionario) confeccionado en base a 12 preguntas abiertas que tienen relación con temas generales de traumatismos dentoalveolares en niños (anexo 1). El propósito de este pre-test será con una técnica de entrevista: conocer las posibles categorías de respuestas para la confección del cuestionario y aquellas consideraciones de importancia para la puesta en marcha de la encuesta final. El pre-test, se pondrá en práctica en un grupo de dentistas escogidos por muestreo aleatorio simple, que no pertenezcan a la muestra en que se aplicará el cuestionario definitivo. Para tales efectos se entrevistarán 15 odontólogos con residencia profesional en Quillota.

Segunda etapa:

A la muestra constituida por los odontólogos que atienden niños de las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar, se aplicará un cuestionario que consta de 18 preguntas de tipo cerrado, cuyas respuestas son de 2 a 6 alternativas para facilitar la codificación y registro de los resultados obtenidos, evitando así, interpretaciones subjetivas (anexo 2).

Dentro de las preguntas efectuadas algunas abordan aspectos de orden general. Otras indagan en el diagnóstico de los profesionales frente a determinadas situaciones y sobre tratamiento de elección frente a casos propuestos. Además se consideran aspectos de seguimiento, control y prevención en relación al tema. Se busca también pesquisar opiniones personales generales sobre los traumatismos dentoalveolares en niños.

Todas las preguntas del cuestionario fueron diseñadas para alcanzar los objetivos planteados.

Se adjuntará al cuestionario una carta que explica la finalidad e importancia de la investigación, estableciendo además el plazo de devolución de la encuesta (una semana desde el momento de la entrega).

Una vez obtenidos los resultados, éstos serán analizados en el programa Epi info, versión 5.01. Para graficar se utilizó el programa QUATTRO PRO versión 3.1 en español para MS-DOS.

RESULTADOS

De un total de 115 encuestas entregadas, se obtuvo:

A.-	Recepcionadas	70	(60.9%)
	- contestadas	67	(95.7%)
	- sin contestar	3	(4.3%)
B.-	No recepcionadas	45	(39.1%)

Los resultados que aquí se presentan, se basan en las encuestas recepcionadas contestadas (67 encuestas: 58.2%) y siguen el orden de los objetivos planteados al inicio de esta investigación.

* En relación a los años de ejercicio profesional como cirujano dentista, los encuestados se distribuyen de la siguiente manera:

- 46 pers. (68.7%) ejercen hace más de 10 años.
- 13 pers. (19.4%) ejercen entre 6 - 10 años.
- 8 pers. (11.9%) ejercen entre 0 - 5 años.

* Al preguntar si brindan atención en un servicio público (servicio hospitalario, consultorio, FF.AA.):

- 30 pers. (44.8%) responden sí.
- 36 pers. (53.7%) responden no.
- 1 pers. (1.5%) no responde.

* Los exámenes complementarios que utilizan los odontólogos para efectuar el diagnóstico de traumatismo dentoalveolar en niños son:

- 66 pers. (98.5%) radiografía.
- 43 pers. (64.1%) test de vitalidad.
- 38 pers. (56.7%) percusión.
- 17 pers. (25.4%) test de movilidad.

* Los datos obtenidos nos indican que reimplantan dientes temporales en caso de avulsión:

- 37 pers. (55.2%) dependiendo del caso.
- 28 pers. (41.8%) nunca.
- 1 pers. (1.5%) siempre.
- 1 pers. (1.5%) no responde.

* El tratamiento a seguir en una fractura no complicada de la corona que compromete esmalte y dentina es:

- 60 pers. (89.5%) recubrimiento indirecto y composite
- 5 pers. (7.5%) recubrimiento indirecto (Dycal).
- 2 pers. (3.0%) derivaría.

* La actitud de reposición del fragmento coronario en caso de que acuda con él en una fractura no complicada es:

- 24 pers. (35.8%) depende de la extensión de la fractura.
- 22 pers. (32.8%) inmediatamente.
- 16 pers. (23.9%) no es necesario reposicionar
- 5 pers. (7.5%) no contesta.

* El tipo de ferulización utilizada por los profesionales odontólogos en una luxación lateral es:

- 26 pers. (38.8%) no contestan.
- 19 pers. (28.4%) flexible.
- 18 pers. (26.8%) rígida.
- 4 pers. (6.0%) no es necesaria.

* El tratamiento que realizan los encuestados ante una fractura complicada de corona en niños de 8 años que consulta 6 horas después es:

- 37 pers. (55.2%) pulpotomía parcial.
- 13 pers. (19.4%) recubrimiento directo.
- 13 pers. (19.4%) derivarían.
- 3 pers. (4.5%) pulpectomía.
- 1 pers. (1.5%) no contesta.

* Al consultar sobre el tipo de ferulización en fractura radicular horizontal se obtuvo que:

- 40 pers. (59.7%) utilizan ferulización rígida.
- 14 pers. (20.9%) no contestan.
- 9 pers. (13.4%) responden que no es necesario.
- 4 pers. (6.0%) utilizan ferulización flexible.

* En relación al momento para derivar a un especialista:

- 42 pers. (62.7%) derivan una vez realizadas las primeras medidas terapéuticas.
- 14 pers. (20.9%) derivan al momento de recibir al niño.
- 9 pers. (13.4%) consideran que no es necesario derivar.
- 1 pers. (1.5%) cuando es necesario el tratamiento restaurador definitivo
- 1 pers. (1.5%) no contesta.

* Consideran importante el seguimiento y control de los casos:

- 63 pers. (94.0%) siempre.
- 4 pers. (6.0%) a veces.

* Al consultar a los dentistas si cuentan con algún tipo de registro (ficha) de los casos que atienden:

- 48 pers. (71.7%) sí.
- 9 pers. (13.4%) sí, pero no es constantemente utilizado.
- 7 pers. (10.4%) no.
- 3 pers. (4.5%) no responden.

* Realizan controles posteriores:

- 48 pers. (71.6%) siempre.
- 12 pers. (17.9%) dependiendo del caso.
- 6 pers. (9.0%) no lo consideran necesario.
- 1 pers. (1.5%) no responde.

* La información que difunden a la comunidad ante la avulsión de un diente permanente es:

- 56 pers. (83.6%) transporte rápido en solución fisiológica (suero, leche, saliva)
- 10 pers. (14.9%) reimplante inmediato en todos los casos.
- 1 pers. (1.5%) conservar en un medio desinfectante hasta la visita del dentista.

* Consideran adecuados sus conocimientos para enfrentar satisfactoriamente una urgencia en traumatismo dentoalveolar en niños:

- 38 pers. (56.7%) sí.
- 23 pers. (34.3%) no.
- 6 pers. (9.0%) no saben.

* Los odontólogos que atienden urgencias en traumatismos dentoalveolares en niños son:

- 54 pers. (80.6%) sí atienden.
- 13 pers. (19.4%) no atienden.

La frecuencia de atención de estos traumatismos es:

- 37 pers. (68.5%) en forma esporádica.
- 15 pers. (27.7%) entre 1 - 5 pac. al mes.
- 2 pers. (3.8%) más de 10 pacientes al mes.

Al indagar las razones para no atender traumatismos dentoalveolares en niños pesquisamos:

- 9 pers. (69.2%) derivan inmediatamente a un especialista.
- 4 pers. (30.8%) prefieren no atender niños.

* Los profesionales mencionaron como medios de acceso de información sobre traumatismos dentoalveolares en niños los siguientes:

- | | | | |
|---|----------|---------|------------------------------|
| - | 41 pers. | (61.2%) | revistas y publicaciones. |
| - | 34 pers. | (50.7%) | intercambio con colegas. |
| - | 25 pers. | (37.3%) | cursos de actualización. |
| - | 23 pers. | (34.3%) | charlas y conferencias. |
| - | 3 pers. | (4.5%) | otros (universidad y textos) |
| - | 2 pers. | (3.0%) | no tienen. |

* En relación a la atención de traumatismos dentoalveolares en los servicios de urgencia los encuestados señalaron existencia de:

- | | | | |
|-------------------------|----------|---------|--------------|
| - Recursos materiales : | 19 pers. | (28.4%) | sí. |
| | 19 pers. | (28.4%) | no. |
| | 29 pers. | (43.2%) | no contestan |
| - Recursos humanos : | 30 pers. | (44.8%) | sí. |
| | 8 pers. | (11.9%) | no. |
| | 29 pers. | (43.3%) | no contestan |
| - Tiempo necesario : | 21 pers. | (31.3%) | sí. |
| | 15 pers. | (22.4%) | no. |
| | 31 pers. | (46.3%) | no contestan |

* Consideran que el Servicio de Salud realiza atención de traumatismos dentoalveolares :

- | | | | |
|---|----------|---------|---------------|
| - | 33 pers. | (49.3%) | sí. |
| - | 21 pers. | (31.3%) | no saben. |
| - | 9 pers. | (13.4%) | no. |
| - | 4 pers. | (6.0%) | no contestan. |

TABLAS Y GRAFICOS

GRAFICO Nº 1:
DISTRIBUCION DEL PORCENTAJE DE RECEPCION DE ENCUESTAS.

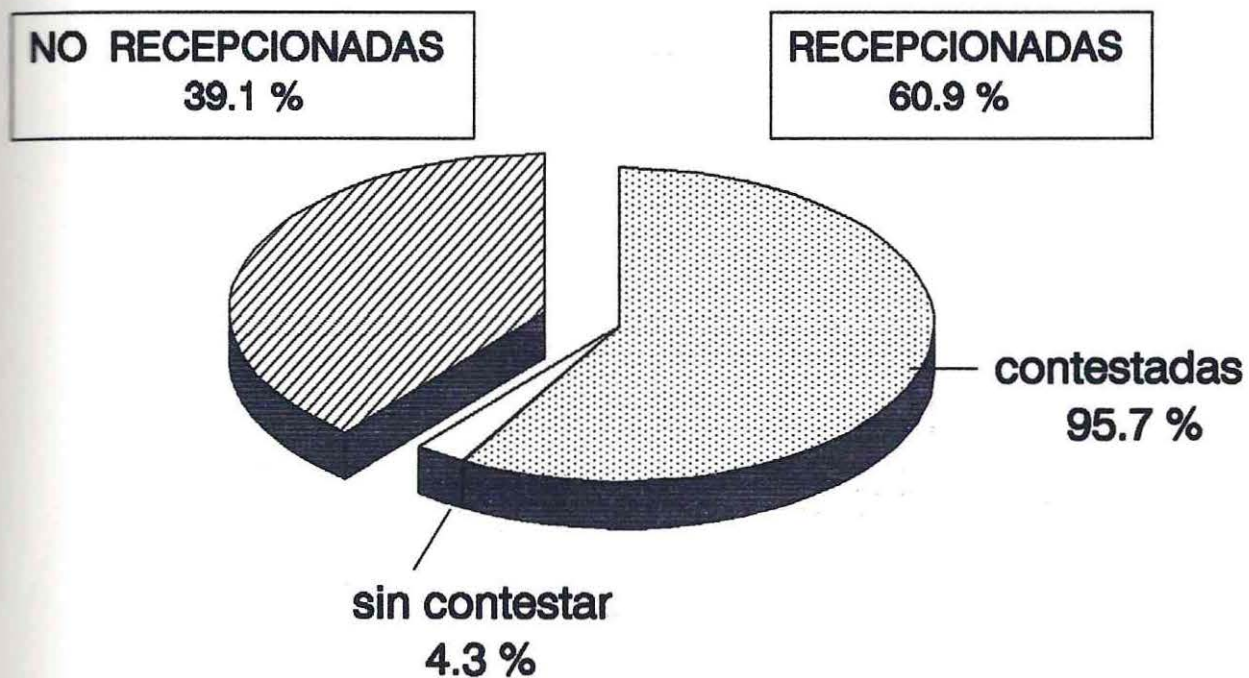


TABLA I

Distribución de las respuestas sobre métodos de diagnóstico más aconsejables.

	frecuencia	%
3 alternativas (rx, t. mov., perc.)	12	17.9
1 ó 2 alternativas (rx y/o t.m. y/o perc.)	12	17.9
incluyen test de vitalidad	43	64.2
	67	100

TABLA II

Cantidad de respuestas correctas de tratamiento (preguntas 12,13,14,15,16,17 del anexo 2) en relación a la apreciación personal de sus conocimientos (pregunta 18 del anexo 2).

			Consideran adecuados sus conocimientos				
			Si	No	No saben	Total	%
R E S P U E S T A S	C O R R E C T A S	6	3	-	-	3	4.4
		5	6	-	-	6	8.9
		4	11	4	2	17	25.3
		3	7	9	2	18	26.8
		2	9	6	2	17	25.3
		1	2	2	-	4	5.9
		0	-	2	-	2	2.9
			38	23	6	67	100

TABLA III

Distribución por años de ejercicio profesional (pregunta 1 del anexo 2) de los odontólogos considerando el número de respuestas correctas sobre tratamientos.

Años de ejercicio profesional	total de personas del grupo	5 o más respuestas correctas
0 - 5 años	8	2 (25.0%)
6 - 10 años	13	2 (15.3%)
más de 10 años	46	5 (10.8%)
	67	9 (13.3%)

TABLA IV

Apreciación personal sobre conocimientos en relación a la atención de traumatismos dentoalveolares en niños.

Conocimientos	Atienden traumatismos dentoalveolares		
	Si	No	Total
Si	38 (70.4%)	-	38 (56.7%)
No	11 (20.4%)	12 (92.3%)	23 (34.3%)
No sé	5 (9.2%)	1 (7.7%)	6 (9.0%)
	54 (100%)	13 (100%)	67 (100%)

TABLA V

Odontólogos que atienden urgencias de traumatismos dentoalveolares en niños en el Servicio Público y Privado.

Atención de urgencias de T.D.A. en niños	Servicio		
	Público	Privado	
Sí	24	30	
No	6	6	
	30	36	66

* una persona no indica lugar de atención.

TABLA VI

Apreciación personal sobre los conocimientos de los odontólogos que atienden urgencias de traumatismos dentoalveolares en niños en el Servicio Público (ver tabla V).

Conocimientos	Servicio Público
Sí	18
No	3
No sé	3
	24

TABLA VII

De los datos obtenidos en la Tabla VI se relaciona el número de respuestas correctas sobre tratamiento de los odontólogos que atienden en el servicio público y que consideran sus conocimientos adecuados.

		Consideran sus conocimientos adecuados y atienden urgencias en servicio público	
	6	2	(11.1%)
R			
E	5	4	(22.2%)
C			
S			
O			
P	4	3	(16.7%)
R			
U			
R			
E	3	5	(27.8%)
E			
S			
C			
T	2	3	(16.7%)
T			
A			
A			
S	1	1	(5.5%)
S			
	0	-	-
		18	(100%)

TABLA VIII

Distribución de profesionales que consideran importante el registro, seguimiento y control de traumatismos dentoalveolares en niños (preguntas 5,6,19 del anexo 2).

registro, seguimiento y control	número de odontólogos	total	%
Sí	34	34	50.7
No	33	33	49.3
		67	100

TABLA IX

Apreciación de la existencia de recursos materiales, humanos y de tiempo en los Servicios de Salud Pública según los profesionales que ejercen en el área pública y privada.

Recursos	Modalidad de atención		
	Pública	Privada	
materiales			
Sí	13	6	
No	11	8	
No responde	6	22	66
humanos			
Sí	19	11	
No	5	3	
No responde	6	22	66
tiempo			
Sí	16	5	
No	7	8	
No responde	7	23	66

* 1 persona omite responder si atiende o no en Servicio Público.

DISCUSION

Se cumplió el objetivo de aplicar la encuesta en el campo odontológico como un método de investigación social ya que el porcentaje de recepción de las encuestas (60.9%) permite hacer válida esta investigación (gráfico 1). Este hecho es significativo ya que nuestro país no existe la cultura y la actitud para participar en investigaciones sociales de este tipo. Además, si consideramos que la odontología es una profesión de ejercicio individualizado, el porcentaje de devolución obtenido satisface plenamente las expectativas planteadas en un comienzo. Internacionalmente, las encuestas de este tipo en el área odontológica son válidas con un 50% de participación de la muestra, siendo este porcentaje significativo para extrapolar resultados al universo (Seale y cols.,1992; González y cols.,1991).

Los motivos dados para no participar de esta investigación fueron variados, entre ellos, falta de tiempo, extravío de la encuesta y falta de interés.

Entre los procedimientos para el diagnóstico más aconsejables están: examen radiográfico, test de percusión y test de movilidad (Andreasen,1990). El test de vitalidad no es el más adecuado como método de diagnóstico pues no es posible detectar ausencia o presencia de flujo pulpar sanguíneo, sino que mide la transmisión de las fibras nerviosas. En todo caso, debe realizarse siempre el test de sensibilidad electrométrico por dar información inicial válida para los controles posteriores. Es importante considerar que en el diente permanente joven no es confiable el test de sensibilidad hasta que la raíz esté completamente formada.

Lo ideal sería que los encuestados utilizaran los tres métodos más aconsejables como son: examen radiográfico, test de movilidad y test de percusión. En este estudio encontramos un 17.9% que escoje estas tres opciones en forma conjunta (tabla I). Sin embargo, la elección parcial de alguna de éstas no indica categóricamente un desconocimiento sino una visión parcial sobre estas materias. También es conveniente señalar que 64% se inclinaron por la alternativa que indica el test de vitalidad como el método complementario de diagnóstico, evidenciando tal vez un olvido del aspecto teórico del estado pulpar post trauma.

En relación al tratamiento, más del 50 % de los

encuestados responde que el reimplante en dientes temporales avulsionados lo efectuarían dependiendo del caso, sin embargo, la tendencia actual es no reimplantarlos. Esto está contraindicado porque comúnmente sobreviene la necrosis pulpar. Además, existe el riesgo de inferir una lesión adicional al germen dentario permanente en el proceso de reimplante por forzar el coágulo dentro del área folicular (Andreasen,1992). Consideramos que existe una confusión en los conocimientos respecto al tratamiento de la avulsión del diente temporal.

Referente al tratamiento de la fractura coronaria no complicada, se sabe que la restauración exitosa de éstas requiere el sellado hermético de los túbulos dentinarios expuestos para evitar la infiltración bacteriana, devolver la funcionalidad y estética (Andreasen,1992). Un 89,5 % de los encuestados respondió correctamente, lo que nos lleva a pensar que por ser ésta una lesión dentaria frecuente existe un mayor conocimiento de su manejo clínico.

En cuanto a la reposición del fragmento coronario, en caso que el paciente acuda con él en una fractura no complicada, la actitud recomendada en la actualidad es la reposición inmediata o mediata dependiendo de la extensión de la fractura. Concuerdan con esto el 68.6 % de los encuestados.

El tratamiento correcto a realizar frente a la fractura complicada de corona, en un diente permanente joven que consulta seis horas después de ocurrida la lesión es la pulpotomía parcial, ya que con ello se elimina el segmento pulpar contaminado, viéndose en estudios a largo plazo una respuesta favorable de la pulpa (Andreasen,1992). En el caso del grupo en estudio más del 50 % de las respuestas son correctas. A nuestro juicio esto requiere un análisis profundo: Si consideramos que la pulpotomía parcial es una técnica basada en conocimientos obtenidos de estudios recientes, tal vez, el 55,2 % de respuestas correctas alcanzadas no refleje el conocimiento actualizado de los encuestados, sino sea producto de la omisión de nuestra parte del término " pulpotomía " en las alternativas de respuesta, ya que es factible pensar que algunos encuestados pudieron haber interpretado el término " pulpotomía parcial " como una pulpotomía cameral tradicional.

En la luxación lateral, se recomienda utilizar una férula flexible de composite y nylon de pescar y/o alambre de 0,3 mm. con puntos de composite por un tiempo de dos a tres semanas (Andreasen,1992). Se observa en esta pregunta

un porcentaje considerable de omisión, justificada principalmente por el desconocimiento del diagnóstico luxación lateral. Esto se detectó en forma directa al momento de retirar las encuestas. Si bien un 55,2 % señala que es necesario efectuar una ferulización, sólo un 28,4 % indica correctamente que ésta debe ser flexible.

Las férulas rígidas de composite y alambre de media caña o composite interproximales por tres meses, se indican en fracturas radiculares (Andreasen,1992) buscando con ello la inmovilidad que permitirá la consolidación de los dos fragmentos. Un 59,7 % de los encuestados se inclinó por la respuesta correcta, sin embargo, 20.9 % omitió la pregunta.

Se preguntó a los encuestados, si poseían los conocimientos para enfrentar traumatismos dentoalveolares en niños, respondiendo un 56 % en forma afirmativa. Buscamos encuestas que tuviesen todas las preguntas de tratamientos correctas, encontrando sólo tres que cumplían con esta condición (4.4 %). Esto muestra que si bien existen conocimientos, son sólo de carácter parcial (tabla II). Estimando como nivel óptimo de respuestas correctas cinco o más de un total de seis, observamos que 29 (76.3 %) de las 38 personas que dicen tener conocimientos no alcanzan el nivel propuesto. Esta meta tampoco fue alcanzada por aquellos encuestados que consideraban no saber ni tener los conocimientos adecuados para enfrentar urgencias de traumatismos dentoalveolares en niños.

Teniendo en cuenta que los años de profesión son una variable importante a considerar, puesto que las pautas o recomendaciones de tratamiento sobre traumatismos dentoalveolares han cambiado en los últimos años, se podría pensar, que los odontólogos con más de diez años de profesión estarían poco actualizados en relación a esta información.

Al observar la tabla III, apreciamos que cinco de los nueve odontólogos que alcanzaron el rango óptimo de respuestas correctas propuesto por nosotros, sobre tratamiento en traumatismos dentoalveolares en niños, corresponden al grupo que ejerce la profesión más de diez años. Sin embargo, no debemos dejar de considerar que el 68.7 % del total de encuestados pertenece a este grupo, por ello, estos cinco odontólogos sólo representan el 10.8 % dentro de su grupo. Al contrario, dos de los encuestados que lograron el óptimo propuesto tienen entre 0-5 años de profesión, representando el 25 % del total de su grupo. Corroborando lo expuesto en el párrafo anterior.

Existe información que señala que cuando un niño sufre un accidente que involucra un trauma dentario, éste en la mayoría de los casos es llevado a un servicio de salud público donde generalmente es atendido por odontólogos que no poseen conocimientos sobre el manejo de este tipo de urgencia (Andreasen,1990).

Para la atención de urgencias en traumatismos dentoalveolares en niños consideramos que es indispensable tener conocimientos sobre el tema. De los 54 encuestados que atienden estas lesiones 16 dicen no poseer o no estar seguros en el conocimiento de estas materias (tabla IV).

Frente a lo anterior, relacionamos los odontólogos que brindan atención de urgencia en un servicio público (tabla V) y que consideran sus conocimientos adecuados (tabla VI) con el rango óptimo de respuestas correctas en relación al tratamiento de los traumatismos dentoalveolares en niños (tabla VII), obteniendo que sólo un 33.3 % de éstos efectivamente poseen los conocimientos adecuados para enfrentar la urgencia. El 66.6 % restante, no responden satisfactoriamente al conjunto de preguntas que apuntan a medir su dominio sobre el tratamiento de estas lesiones.

En relación al registro y control, los resultados obtenidos de las preguntas cinco, seis y diecinueve individualmente mostraban una clara inclinación por las respuestas que señalaban que era importante el registro y control de estos casos. Sin embargo, al buscar el número de encuestados que respondan estas tres preguntas en forma correcta, encontramos que un 50.7 % (tabla VIII) muestra una actitud satisfactoria y el resto refleja cierto grado de inconsecuencia entre sus planteamientos.

Se observa una tendencia del 62.7 % de los encuestados de derivar una vez realizadas las primeras medidas terapéuticas. Este hecho es significativo debido a que el éxito de estos tratamientos depende en gran medida de la correcta y oportuna actitud del profesional al enfrentar este tipo de urgencias (Andreasen,1990). No obstante, hay un 20.9 % de los encuestados que al momento de recibir al niño lo deriva inmediatamente al especialista. Esto no deja de llamar la atención si consideramos que todos atienden niños y que, además, el manejo básico de los traumatismos dentoalveolares debería estar inserto en los conocimientos del profesional.

Referente a los conocimientos que los profesionales

poseen en cuanto a necesidades de difusión comunitaria, es satisfactorio encontrar que en general los odontólogos presentan claridad en cuanto a los conocimientos a impartir. Un transporte rápido en solución fisiológica o leche es el comportamiento más simple a entregar. Sin embargo, el reimplante inmediato en todos los casos también es válido (Andreasen, 1992), pero influyen las condiciones, habilidad y nivel cultural de la persona que va a efectuar la acción.

En Chile, se cree que los Servicios de Salud Pública carecen de los recursos necesarios para dar solución a los problemas de salud de la comunidad. El ámbito odontológico no está ajeno a esta realidad, por esta razón se consultó a los odontólogos de la muestra cual era su apreciación personal respecto de la existencia, en el Servicio Público, de recursos materiales, humanos y de tiempo, para brindar atención de urgencia de traumatismos dentoalveolares en niños. Los encuestados pertenecientes al Servicio Público en su mayoría consideran que existen los recursos materiales, humanos y de tiempo para atender estas lesiones (tabla IX). Podemos atribuir entonces, que la atención inadecuada de los niños se debe al desconocimiento del manejo de esta situación de urgencia. Existe un alto grado de omisión de los encuestados que trabajan en el área privada, quizás por no conocer esta situación o tal vez por no querer formular opiniones sobre una realidad ajena a la de ellos.

No deja de llamarnos la atención que un 61.2 % de los encuestados tiene acceso a la información sobre traumatismos dentoalveolares en niños a través de revistas y publicaciones, si consideramos que existe una escasez de artículos y libros publicados hasta la fecha. Según Andreasen (1990) alrededor de un 0.2 % de toda la literatura odontológica editada durante un año se refiere a este tema.

La existencia del Servicio de Traumatología Dental Infantil de la Facultad ha motivado el interés de odontólogos de distintos lugares del país por perfeccionarse en esta materia. Así la Biblioteca de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso cuenta con la suscripción Journal of Endodontics and Dental Traumatology y los dos últimos libros de los investigadores Jens O. Andreasen y Frances M. Andreasen.

Es importante destacar que el intercambio con colegas ocupa el segundo lugar con un 50.7 % de los encuestados. Esto no es adecuado puesto que existiría un intercambio basado en una forma empírica de conocimientos, lo que puede

llevar a una actitud errónea al enfrentar este tipo de lesiones. Un porcentaje cercano al 35 % de los encuestados revela que se informa a través de cursos de actualización, charlas y conferencias, lo que se contrapone con las opiniones vertidas respecto a la falta de información sobre el manejo de traumatismos dentoalveolares.

Del total de encuestados, 80.6 % señala brindar atención de urgencia en traumatismos dentoalveolares en niños. De éstos, 68.5 % lo hace en forma esporádica, 27.7 % atiende entre 1 y 5 casos al mes, y 3.8 % más de 10 pacientes al mes. Las razones dadas para no atender estos traumatismos en niños son: derivar inmediatamente a un especialista (69.2 %) y la no atención de niños (30.8 %). Este último dato nos llama la atención ya que la muestra estaba constituida solamente por odontólogos que atendían niños. La falta de recursos materiales y tiempo no fueron mencionados por los encuestados.

Este trabajo, es el inicio en la aplicación del método de investigación social en el área de los traumatismos dentoalveolares en niños.

Utilizamos la encuesta como método de investigación por ser más práctico y expedito para llegar a mayor número de personas. Este método al ponerlo en la práctica nos dió resultados satisfactorios. Sin embargo, hay que considerar algunas situaciones irregulares pesquisadas por nosotros durante la ejecución, como son inseguridad para contestar la encuesta debido a que los odontólogos se sentían evaluados y por ello recurrían a textos, desarrollaban la encuesta entre grupos de colegas y en algunos casos, mostraban desinterés, olvidando el carácter anónimo de esta investigación. Cabe resaltar, sin embargo, que la gran mayoría mostró su agrado por la iniciativa y además, planteó su interés por hacer extensivos los programas y planificaciones tendientes a mejorar la condición del Odontólogo General, referente a este importante tema de los traumatismos dentoalveolares en niños, solicitando específicamente cursos de actualización.

CONCLUSIONES

Se obtuvo un instrumento de medición " encuesta para detectar la actitud del odontólogo que atiende niños en relación al diagnóstico y tratamiento de traumatismos dentoalveolares ", válido y de fácil aplicación.

La actitud del odontólogo que atiende traumatismos dentoalveolares en niños está sólo parcialmente solventada por los conocimientos adecuados en relación al diagnóstico y tratamiento.

Los encuestados muestran una actitud satisfactoria en relación a la derivación oportuna, seguimiento y control de los niños afectados por estas lesiones traumáticas.

La actitud de los profesionales referente a la educación que debe ser impartida a la comunidad sobre el tema es satisfactoria.

34.3 % de los profesionales encuestados no se sienten capacitados para enfrentar traumatismos dentoalveolares en niños.

80.6 % de los encuestados realizan atención de traumatismos dentoalveolares en niños, principalmente en forma esporádica.

Los profesionales que reflejan mayor conocimiento sobre el manejo de los traumatismos dentoalveolares en niños, se encuentran en el grupo que ejerce la profesión desde hace cinco años.

Los odontólogos manifiestan inquietud por el desarrollo de cursos de actualización y perfeccionamiento que les permita lograr una mayor capacitación para enfrentar en forma óptima la urgencia en traumatismos dentoalveolares.

SUGERENCIAS

Incorporar mayor número de horas para la enseñanza del manejo de traumatismos dentoalveolares en el curriculum de pregrado.

Implementar formas de atención que permitan al estudiante manejar clínicamente los traumatismos dentoalveolares, integrando la teoría con la práctica.

Inculcar al alumno de pregrado una actitud positiva de participación en investigaciones científicas, de manera que tome conciencia que su aporte ayudará a engrandecer la Odontología de nuestro país.

COMENTARIOS

A pesar de la entrega personal de las encuesta, las carta de presentación y de las constantes y reiteradas visitas a los facultativos, se observó una falta de motivación de parte de éstos para participar en la investigación. Opinamos que en nuestro país no existe una cultura de responder encuestas ya que el entrevistado muchas veces se siente evaluado.

Es lamentable que siendo los traumatismos dentoalveolares en niños lesiones frecuentes y que provocan secuelas y daños considerables, exista dificultad en la obtención de información actualizada sobre el tema (revistas y publicaciones).

Sin duda alguna, la Odontología está llamada a lograr avances importantes en el área de los traumatismos dentoalveolares en todas las edades.

RESUMEN

En este trabajo se determinó la actitud de los odontólogos que atienden niños pertenecientes a la Quinta Región, en relación al diagnóstico y tratamiento de los traumatismos dentoalveolares.

Los datos que permitieron informarnos sobre el tema fueron obtenidos mediante la utilización de una encuesta estandarizada en base a preguntas de tipo cerradas.

Las preguntas fueron confeccionadas abordando puntos referentes a diagnóstico, tratamiento, oportunidad de derivación, seguimiento, control y difusión a la comunidad para así, determinar la actitud del profesional referente a cada uno de estos temas que afectan directamente el pronóstico del niño traumatizado.

Los resultados de este estudio indican que un 80.6 % de los encuestados atienden urgencias de traumatismos dentoalveolares, principalmente en forma esporádica.

La actitud del odontólogo que atiende traumatismos dentoalveolares en niños está sólo parcialmente solventada por los conocimientos adecuados en relación al diagnóstico y tratamiento.

El 34.3 % de los profesionales no se sienten capacitados para tratar estas patologías.

BIBLIOGRAFIA

Alarcón, M.C.; Nogueira, M.C.; Solowiejczyk, V. (1989): Necesidad de atención odontológica en niños menores de 3 años. Seminario de Tesis para optar al título de Cirujano Dentista. Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso.

Andreasen, J.O; Andreasen, F.M. (1990): Dental traumatology: quo vadis. Endod Dent Traumatol. 6:78-80.

Andreasen, J.O. (1990): First World Conference on accident and injury prevention. Endod Dent Traumatol. 6: 81.

Andreasen, J.O. (1990): Second International Conference on oral trauma. Endod Dent Traumatol. 6: 82.

Andreasen, J.O; Andreasen, F.M. (1992): Essentials of traumatic injuries to the teeth. Copenhagen, Munksgaard.

Anich, M.E.; Lindenbaum, L. (1990) : Estudio de Prevalencia de Bruxismo en escolares de 5-7 años. Odont Chilena. 38:3-8.

Babbie, E. (1983): Survey Research. The Practice of Social Research. Wadsworth Publishing Company, Belmont, California. Third Edition, pp 208-242.

Bijella, M.; Yared, F.; Bijella, V.; Lopes, E. (1990) : Occurrence of primary incisor traumatism in Brazilian children: a house-by-house survey. Journal of Dentistry for Children. nov-dec, 425-427.

Blanco, R,G.(1984):Traumatismos maxilofaciales pediátricos. Análisis de 33 casos. Rev. Asoc. Odont. Argent. 72: 168-172.

Flores, M.T.(1991): Traumatismos dentarios: un problema actual no resuelto por la Odontología. Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. 1: 36-37.

Garbarino, M.; Flores, M.T. (1992) : Monografía: Traumatismos Dentoalveolares. Cátedra de Odontopediatría. Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso.

González,C.D.; Frazier,P.J. (1991) : Sealent use by general practioners : a Minnesota survey. ASDC J Dent Child jan-feb 58 (1) : 38-45.

González, H.; Perales, M. (1992) : Estudio comparativo de la salud oral en escolares con diferentes sistemas de previsión de salud. Odont Chilena. 40: 69-75.

Harrington,M.; Eberhart,A.; Knapp,J.(1988) : Dentofacial trauma in children. ASDC J. Dent. Child. 55(5): 334-338.

Hayman, J.L. (1968) : La Encuesta. Investigación y Educación. Editorial Paidós, Buenos Aires, pp 105-125.

IADT, Dental Traumatology News, January 1993: Board Member's report from Chile, May 1992.

Onetto, J.E.; Flores, M.T.; Garbarino, M. (1993): Dental trauma in children and adolescent. A 3 year survey at the Children's Dental Traumatology Service, Valparaíso, Chile. Presentado en la IV Conferencia Internacional de Traumatismos Dentarios, Londres (11-14 junio).

Padua, J.; Ahman, I.; Apezechea, H.; Borsotti, C. (1982) : El cuestionario, escala para la medición de actitudes, la codificación. Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales. Fondo de Cultura Económica, México. Segunda Reimpresión, pp 86-121; 122-153; 154-229.

Sánchez,J.; Sánchez, R.; García-Godoy, F.: Traumatismos de los dientes anteriores en niños pre-escolares.Acta Odontol.

Pediat. 2(1): 17-23.

Seale, N.S.; Kress, G.C. (1992) : Opinions of pediatric dentist regarding their board certification process. Pediatric Dent . 14 (2) :75-81.

Stokes, A.N.; Anderson, H.K.; Cowan, T.M. (1992): Lay and professional knowledge of methods for emergency management of avulsed teeth. Endod Dent Traumatol. 8: 160-162.

Suárez, M.; Luchsinger, V.; Pacheco, I.; Sanchez, M.S.; Aranda, W. (1990) : Prevalencia de la infección herpética en población femenina chilena. Odont Chilena. 38: 9-13.

Uji, T.; Teramoto, T. (1988) : Occurrence of traumatic injuries in the oromaxillary region of children in a Japanese prefecture. Endod Dent Traumatol. 4: 63-69.

ANEXO-1

PRE-TEST

El presente cuestionario tiene por objetivo recolectar información respecto a la atención de los niños que sufren traumatismos dentoalveolares. Este estudio forma parte de una investigación para optar al título de Cirujano Dentista guiada por la doctora María Teresa Flores B. y realizada por un grupo de alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Este cuestionario es de carácter absolutamente anónimo. Se agradecerá su sinceridad y cooperación.

- * Su práctica profesional diaria, ¿ incluye la atención de niños ?

- * ¿ Atiende urgencias de traumatismos dentoalveolares en niños ? Sí ____ No ____ ¿ Por qué ?

- * ¿ Con qué frecuencia ?

- * ¿ Considera que el seguimiento y control de estos casos tiene alguna importancia en el pronóstico final ?,
¿ Por qué ?.

- * Si fuese necesario derivar uno de estos casos, ¿ A dónde lo haría ?, ¿ Por qué ?.

- * ¿ Tiene acceso a información sobre traumatismos dentoalveolares en niños ? ¿ A través de que medio ?
(revistas, charlas o conferencias, cursos de actualización, etc.)

- * ¿Cuál sería la información a difundir a la comunidad educativa escolar frente a los siguientes casos ?

- avulsión diente 1.1 (8) , niño de 8 años (con ápice abierto).

- fractura no complicada de la corona diente 1.1 (8) (compromete esmalte y dentina, sin exposición pulpar)

- * ¿Cuál sería la conducta clínica a difundir en la comunidad odontológica frente a los siguientes casos ?

- fractura no complicada de la corona diente 2.1 en niño de 9 años que acompaña el fragmento coronario.

- fractura complicada de la corona con gran exposición pulpar diente 1.1 (8) (ápice cerrado) en niño de 10 años que consulta 6 horas después.

- luxación intrusiva diente E (5.1) , niño de 2 años de edad.

* ¿ En qué traumatismos dentoalveolares en niños Ud. utiliza fijación o ferulización, y de qué tipo ?

* ¿ En qué área de los traumatismos dentoalveolares en niños considera Ud. que existe mayor déficit en sus conocimientos ?

* ¿ Cuáles son los traumatismos dentoalveolares en niños que requieren atención de urgencia, según su opinión ?

* Comentarios que desee realizar:

; GRACIAS POR SU COOPERACION !

ANEXO-2

ENCUESTA

En relación a las siguientes preguntas marque con una " X " la alternativa que Usted considere más adecuada. Recuerde que el cuestionario es absolutamente anónimo.

- 1- Hace cuántos años ejerce como Cirujano Dentista ?
- () entre 0-5 años.
 - () entre 6-10 años.
 - () más de 10 años.
- 2- Brinda atención en un Servicio Público (servicio hospitalario, consultorio, Fuerzas Armadas) ?
- () SI.
 - () NO.
- 3- Atiende urgencia en Traumatismos Dentoalveolares en niños ?
- () SI. _____ si es SI: con qué frecuencia ?
 - () NO.
 - () 1-5 pacientes al mes.
 - () 6-10 pacientes al mes.
 - () más de 10 pac. al mes.
 - () esporádicamente.
- └─ si es NO: a qué se debe ?
- () Deriva inmediatamente a un especialista.
 - () Prefiere no atender niños.
 - () No cuenta con el tiempo necesario.
 - () Falta de recursos materiales.
- 4- Si tuviese que derivar a un especialista, en qué etapa del tratamiento lo haría ?
- () Al momento de recibir al niño.
 - () Una vez realizadas las primeras medidas terapéuticas.
 - () Cuando sea necesario el tratamiento restaurador definitivo.
 - () No es necesario derivar.
- 5- El seguimiento y control de estos casos (traumatismos) tiene alguna importancia ?
- () Siempre.
 - () A veces.
 - () Nunca.

6- Cuenta con algún tipo de registro (ficha) de los casos que atiende ?

-) SI.
-) NO.
-) SI, pero no es constantemente utilizado.

7- A través de que medio tiene acceso a información sobre Traumatismos Dentoalveolares en niños ?

-) Revistas y publicaciones.
-) Charlas y conferencias.
-) Cursos de actualización.
-) Intercambio con colegas.
-) No tiene.
-) Otros _____

8- En relación a la atención de Traumatismos Dentoalveolares en los Servicios de Urgencia, existen :

- a- Los recursos materiales) SI) NO
- b- Los recursos humanos) SI) NO
- c- El tiempo necesario) SI) NO

9- Cree Usted que el Servicio de Salud realiza atención de Traumatismos Dentoalveolares ?

-) SI.
-) NO.
-) No se .

10- Para efectuar el diagnóstico de un Traumatismo Dentario, qué examen complementario utiliza ? (marque la o las alternativas)

-) Radiografía.
-) Test de vitalidad.
-) Percusión.
-) Test de movilidad.
-) Ninguna.

11- Frente a la avulsión de un diente permanente, cuál sería la información a difundir a la comunidad ?

-) Reimplante inmediato en todos los casos.
-) Conservar en medio desinfectante hasta la visita al dentista.
-) Transporte rápido en solución fisiológica (suero, leche, saliva).

12- En caso de avulsión de un diente temporal, Usted lo reimplanta :

-) Siempre.
-) Nunca.
-) Depende del caso.

13- Qué tratamiento efectuaría Usted en una fractura no complicada de la corona que compromete esmalte y dentina ?

-) Recubrimiento Indirecto (sólo Dycal).
-) Recubrimiento Indirecto y Composite.
-) Derivaría.

14- Si el paciente acude con el fragmento coronario a consecuencia de una fractura no complicada de la corona, este se repone :

-) Inmediatamente.
-) Depende de la extensión de la fractura.
-) No es necesario reposicionar.

15- En una luxación lateral la ferulización debe ser :

-) Rígida.
-) Flexible.
-) No es necesaria.

16- Qué tratamiento efectuaría Usted en una fractura complicada de la corona con exposición pulpar en un niño de 8 años (con ápice abierto) que consulta 6 horas después de ocurrida la lesión ?

-) Recubrimiento Directo.
-) Pulpotomía Parcial.
-) Pulpectomía.
-) Derivaría.

17- Frente a fracturas radiculares horizontales del tercio medio en dientes permanentes se indica :

-) Ferulización Rígida.
-) Ferulización Flexible.
-) No es necesaria.

18- Considera adecuados sus conocimientos para enfrentar satisfactoriamente una urgencia de Traumatismos Dentoalveolares en niños ?

- SI.
- NO.
- No se.

19- Realiza algún tipo de control posterior a los niños que atiende por Traumatismos Dentoalveolares ?

- Siempre.
- Depende del caso.
- No es necesario.
- No está dentro de mis funciones.

** Comentarios que desee realizar :

GRACIAS POR SU COLABORACION