



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA**

**CONOCIMIENTO Y APTITUD DEL MAESTRO DE EDUCACIÓN
INFANTIL, PRIMARIA Y/O SECUNDARIA SOBRE PRIMEROS AUXILIOS
EN TRAUMATOLOGÍA DENTAL**

Rossmery Olivera Valdés.

Sevilla, 2020.



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DRA. ASUNCIÓN MENDOZA MENDOZA, CATEDRÁTICA DE ODONTOPEDIATRÍA DEL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA, ADSCRITO A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA, COMO DIRECTORA DEL TRABAJO FIN DE GRADO.

DR. DAVID RIBAS PÉREZ, PROFESOR ASOCIADO DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA DEL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA, ADSCRITO A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA, COMO COTUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO.

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo titulado “**CONOCIMIENTO Y APTITUD DEL MAESTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL, PRIMARIA Y/O SECUNDARIA SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN TRAUMATOLOGÍA DENTAL**”, ha sido realizado por **ROSSMERY OLIVERA VALDES** bajo nuestra dirección y cumple a nuestro juicio, todos los requisitos necesarios para ser presentado y defendido como trabajo de FIN DE GRADO.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado, en Sevilla a día 26 de Mayo de 2020.

Dra. Asunción Mendoza Mendoza

Dr. David Ribas Pérez

DEDICATORIA

A mi hermano, por enseñarme que nunca es tarde para empezar.

Con cada línea de este trabajo he pensado en ti.

Juntos en este, y en todos los caminos.

A mi abuela, por estar siempre a mi lado.

.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a las personas que desinteresadamente dedicaron unos minutos a rellenar nuestra encuesta, sin su colaboración este trabajo no hubiese sido posible.

A la Dra. Asunción Mendoza, porque con su profesionalidad y dedicación contagió en mí el deseo de contribuir para mejorar la salud oral en la infancia. Gracias por confiarme este tema, por sus consejos y correcciones, y sobre todo por sus palabras de ánimo.

Al Dr. David Ribas, por su afecto, su tiempo, su paciencia y sus indicaciones en el diseño de trabajo.

A mis amigos, que siempre acuden en mi ayuda sin reparos. Gracias por estar ahí, me siento afortunada de contar con ustedes: María Herce, Rocío Oliva, Noelia López, Miguel A. Hernández y Mario A. Hernández.

Por último, casi no encuentro palabras para agradecer a toda mi familia directa y política, por su apoyo, respaldo, cariño y compañía en esta aventura. Mención especial a mi mamá, a mi nana y a mi villy por motivarme cuando decaen las fuerzas; por creer ciegamente en mí; por hacerme sentir una niña, aunque pasen los años; por todas nuestras risas, y por su amor incondicional durante toda mi vida.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
I. Frecuencia y etiología	2
II. Clasificación	5
III. Necesidades formativas en los cuidadores de la población infantil.	6
IV. Urgencia dental: material profesional de consulta para primeros auxilios en traumatología dental.	7
OBJETIVOS	11
MATERIAL Y MÉTODO	12
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30

RESUMEN

Introducción: la alta frecuencia del trauma dental infantil, exige que los profesionales que se dedican al cuidado del menor cuenten con unas nociones básicas de primeros auxilios en traumatología dental. Objetivos: evaluar el nivel de conocimiento y aptitud -entendida como la capacidad para operar competentemente en una determinada actividad- de los maestros de educación infantil, primaria y/o secundaria sobre primeros auxilios en traumatología dental, de la provincia de Sevilla. Material y método: La muestra estuvo conformada por 442 maestros (334 mujeres y 108 hombres) coincidiendo en proporción con la población objetivo en los rasgos de sexo, titularidad del centro y nivel de enseñanza. Se utilizó como instrumento un cuestionario. Resultados: Los resultados obtenidos muestran que un 88,5% (391) de los participantes poseen un nivel de conocimiento y aptitud deficiente, un 11,5% (51) un nivel medio y ninguno de los participantes presenta un nivel alto. Esto es debido a que el 98% de los encuestados no ha recibido formación alguna en este campo.

Palabras clave: Conocimientos, trauma dental, maestros, primeros auxilios.

ABSTRACT

Introduction: The high frequency of childhood dental trauma requires childcare professionals to have basic notions of dental first aid. Objective: To assess the level of knowledge and aptitude (defined as the ability to operate competently in a given activity) of early childhood, primary, and/or secondary education teachers from Seville, in dental traumatology. Materials and methods: The sample was made up of 442 teachers (334 women and 108 men) corresponding to the objective population in terms of sex, ownership of the center, and educational level. A survey questionnaire was used. Results: The results obtained show that 88.5% (391) of the participants fell into the poor knowledge and skills category, 11.5% (51) in the medium level, and none of the participants were categorized as highly competent and skilled. This is because 98% of those surveyed have never received any type of training.

Keywords: Knowledge, dental trauma, school teachers, first aids.

INTRODUCCIÓN

Los datos epidemiológicos ratifican que los traumatismos dentales infantiles (TDI) son altamente frecuentes en la consulta odontológica (1). Es esencial acudir a un especialista, ya que pueden derivar en una patología inminente o tardía, por lo que requieren un seguimiento estrecho de la lesión (2). Esta indicación, de fácil ejecución por parte de un adulto, es impracticable en el niño o la niña, pues dependen de la actuación y de los conocimientos del cuidador que esté a su cargo en el momento del accidente. Debido a la incapacidad del menor para llevar a cabo las acciones necesarias, así como para acudir a la consulta odontológica por sí solo, revierte en los responsables del cuidado infantil la necesidad de un conocimiento elemental para brindar los primeros auxilios.

Las consecuencias de los TDI son múltiples. Grosso modo, pueden generar impotencia funcional, afectación del germen dentario permanente, infecciones, así como daños estéticos que acarrearán problemas psicosociales en el niño y la niña. La afectación es muy variable y depende de diversos factores (3,4).

Todo el personal a cargo del cuidado infantil, destacando al profesorado, monitores deportivos y familiares, debe estar formado en los pasos a seguir ante un TDI: cómo actuar en el lugar del accidente, cuándo y dónde acudir tienen que ser conceptos claros, con un orden establecido que puedan ejecutar sin lugar a duda. Es de vital importancia invertir en programas educativos encaminados a conseguir una actuación unánime, pues unos sencillos pasos son elementales para favorecer el pronóstico de un accidente dental y contribuir enormemente a la calidad de nuestro sistema de salud (5,6).

I. Frecuencia y etiología.

En los estudios realizados hasta la fecha, existe una gran variación, a nivel mundial, en las cifras de prevalencia del traumatismo dental infantil, debido probablemente –según coinciden buena parte de los autores– a que la metodología aplicada es dispar en los criterios de clasificación y la estandarización del diagnóstico, entre otros. Todos hacen hincapié en la necesidad de un enfoque globalizado para el registro y la notificación de traumas con el objetivo de llevar a cabo estudios comparativos fiables.

A pesar de estas variaciones, hay una tendencia general a afirmar que un tercio de todos los preescolares (dientes primarios) y un cuarto de los adolescentes (dientes permanentes) han experimentado el trauma dental al menos una vez en su vida (7). Estos resultados se comparan bien con los resultados del meta-análisis global (8) que tuvo como objeto de estudio estimar la frecuencia mundial del TDI (desde 1996 hasta 2016) y que concluye que la prevalencia general en dientes primarios fue del 23,8% (IC 95, 17,3% - 28,7%) y en dientes permanentes del 18,1% (IC 95, 15,3% - 21,0%).

El Dr. Carlos García Ballesta afirmaba en el año 2003 que los traumatismos dentales eran la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries y aventuraba el incremento de la incidencia (9). Si bien un buen número de las publicaciones de la primera década del 2000 coinciden en lo anterior, revisiones recientes aseveran que las lesiones dentales traumáticas y sus consecuencias pueden exceder la carga sanitaria de la caries y la enfermedad periodontal en la población joven y añaden que estas consecuencias no son solo físicas o económicas, sino también una carga psicosocial no cuantificable para el individuo (1).

La mayoría de los estudios de traumas dentales son transversales limitados a poblaciones concretas y no pueden cuantificar a aquellos pacientes que no buscan atención profesional, por lo que las cifras se subestiman. Los estudios longitudinales requieren más tiempo y recursos, permitiendo la determinación de las tasas de incidencia. De los pocos estudios longitudinales disponibles, la mayor parte de ellos se realizaron en Escandinavia, donde el Sistema de Salud Pública brinda atención dental gratuita y regular a niños y adolescentes hasta los 20 años (7).

En el año 2016, tras una revisión de la literatura, el Dr. R Lam concluía que la incidencia del trauma dental parece no afectar a más del 5% de la población en una escala global (1), concordando con las cifras previas que eran de un 4,5%, por lo que no había evidencias del aumento de las tasas de incidencia. Sin embargo Stefano Petti, Ulf Glendor y Lars Andersson (8), no comparten la misma opinión y reiteran que numerosos estudios subestiman la carga del trauma dental debido a las dificultades de muestreo. La comparativa demostró que la tasa de incidencia de TDI agrupada fue menos confiable que las prevalencias agrupadas. De hecho, la tasa de incidencia estimada usando estudios de cohortes fue más del doble de la tasa estimada usando estudios basados en la población, es decir, 5,2% frente 2,5% personas-año. Este resultado se explicó por el hecho de que todos los individuos incluidos en las cohortes fueron examinados periódicamente, mientras que, en los estudios de población, solo se informaron los datos de los individuos que buscaron atención médica dental. Por lo tanto, los sujetos con poca

conciencia hacia el TDI, ante formas leves de TDI no buscan atención médica dental y tampoco para sus hijos (8). De lo anterior podríamos deducir que, si lleváramos a cabo estudios longitudinales de la población, las tasas de incidencia estarían incrementadas en casi el doble respecto a los datos actuales.

La percepción del trauma dental como un accidente que necesita atención sanitaria y urgente debe fomentarse desde las autoridades competentes, estando además obligadas a proporcionar unas directrices claras con protocolos internacionales que permitan estudios comparativos de rigor y datos fiables de la población. Son necesarios más estudios prospectivos potenciados por la Salud Pública. Es igual de importante formar a la población, sobre todo a los que están en contacto con determinadas franjas de edad, pues el meta-análisis realizado por los doctores S.Petti, U.Glendor y L.Andersson, concluye que la incidencia de TDI no es la misma durante toda la vida, y especifica que es aproximadamente constante desde el nacimiento hasta los 10-12 años de edad, disminuye hacia los 20 años, es casi nula hasta la edad de 40-45 años y es aproximadamente nula a partir de esa edad. En general, el noventa por ciento de TDI ocurre antes de los 20 años de edad (8).

Las cifras obtenidas en el meta-análisis mundial de prevalencia e incidencia del traumatismo dental infantil son llamativas y respaldan la necesidad de políticas de actuación, reiterando que es muy probable que con una mejor investigación y recopilación de datos en los estudios, la carga real del trauma sea mayor de lo informado. Los resultados obtenidos en el año 2016 concluyen que 900 millones de personas habían tenido al menos un TDI en dientes permanentes y 180 millones de niños habían tenido al menos un TDI en dientes primarios. A nivel mundial son más de mil millones los sujetos que han sufrido TDI. Esta condición llevaría al TDI a ocupar el quinto lugar, si se incluyera, en la lista de las principales enfermedades y lesiones crónicas del estudio “Global Burden of Disease de 2015” (10), después de la caries, el dolor de cabeza, la anemia ferropénica, la pérdida auditiva progresiva y antes de la migraña. Concluyen afirmando que después de la caries dental, el TDI es la segunda enfermedad oral más frecuente, precediendo a la enfermedad periodontal y a la pérdida severa de dientes, tal y como afirmaban estudios previos y contradiciendo que superaría a la caries (8).

En general, se acepta que el riesgo de sufrir un trauma dental depende de la edad, las circunstancias, la geografía, el comportamiento y la cultura. Y también que existen factores predisponentes al TDI como: resalte acentuado, maloclusión clase II, incompetencia labial y respiración bucal (11). Así como que la zona más afectada es el frente maxilar anterior teniendo

los incisivos centrales la mayor frecuencia, seguidos de los laterales y los incisivos centrales mandibulares (12). El tipo de lesión más común es la fractura de corona no complicada en dentición permanente, siendo el ángulo mesioincisal el que se fractura con más frecuencia (9), mientras que en dentición temporal son las subluxaciones y luxaciones. En dentición permanente, la frecuencia es mayor en los niños que en las niñas, no siendo dichas disparidades significativas en dentición temporal (1).

Las caídas son la principal causa de TDI en dentición primaria, la mayoría de los estudios marcan un pico máximo entre los diez y veinticuatro meses (11). La falta de coordinación motora en el niño, la inquietud por descubrir lo que le rodea, así como la inmadurez para identificar situaciones de peligro pueden explicarlo. Aunque las caídas ocuparon un lugar destacado en la dentición permanente, las lesiones accidentales por deportes de contacto representaron la mayoría de las lesiones en adolescentes (1). Otras actividades de impacto: peleas, accidentes de bicicletas y vehículos motorizados, han tenido lugar en la mayoría de los estudios, así como el maltrato infantil (11). Con respecto a los picos de máxima frecuencia en dentición permanente, los estudios presentan más variaciones que en dentición primaria, abarcando de los 8 a los 12 años, aunque Glendor determina mayor riesgo de trauma en pacientes de 10 años o menos, y añade que dichos pacientes tienen además mayor riesgo de sufrir episodios de trauma múltiples a lo largo de su adolescencia (13). Respecto al nivel socioeconómico, Hamilton informó que los niños de los grupos socioeconómicos más bajos, sufrieron más lesiones debido al comportamiento y al medio ambiente. Esto contrasta con Marcenes, quien indicó que los niños de familias con mayor poder adquisitivo tenían una experiencia más alta debido a la mayor posesión de bicicletas, patinetes y práctica deportiva. Aunque existe evidencia contradictoria sobre el grado de asociación de circunstancias personales particulares con el trauma, está claro que la experiencia del trauma es altamente circunstancial (1,14,15)

II. Clasificación

La clasificación de las lesiones es motivo de discusión en toda la literatura; la gran disparidad en los estudios globales y la dificultad para compararlos se debe en gran medida a que no existe consenso unánime para su uso. Feliciano y Caldas identificaron más de 50 sistemas de clasificación para el trauma dental (16). Estos sistemas presentan diferencias en la definición, el alcance y los criterios de inclusión (1).

En un estudio reciente para comparar la frecuencia, se adoptaron varios sistemas de clasificación diagnóstica y el más frecuente fue la clasificación de Andreasen/OMS (49, 3%) seguida de la clasificación de O'Brien (24.3%). Los datos demuestran que muchos profesionales consideran -al igual que la Dra. Mendoza Mendoza y el Dr. García-Ballesta- que los estudios tienen que utilizar una clasificación estandarizada y esta debe ser la Clasificación de la OMS modificada por Andreasen (11,17). Esta incluye lesiones traumáticas en los tejidos duros del diente y en los tejidos de soporte, y se puede aplicar en dentición temporal y permanente.

1. Clasificación de Andreasen / OMS

Lesiones de los tejidos duros y de la pulpa.	Lesiones de los tejidos periodontales.	Lesiones del hueso de soporte.	Lesiones de la mucosa oral o de la encía.
Infracción	Concusión	Conminución de la cavidad alveolar.	Laceración
F. no complicada de la corona	Subluxación	F. de la pared alveolar.	Contusión
F. complicada de la corona.	Luxación intrusiva	F. del proceso alveolar.	Abrasión
F. no complicada corono-radicular.	Luxación extrusiva	F. del maxilar o mandíbula.	
F. complicada corono-radicular.	Luxación lateral		
Fractura radicular.	Avulsión completa o exarticulación		

F. = Fractura.

En cuanto a la clasificación del trauma dental, la necesidad de coherencia y la aplicación de un sistema internacional ha sido bien documentada. Se ha demostrado que sin un proceso estandarizado o sistemático, solo se registra la mitad de la información importante (18).

III. Necesidades formativas en los cuidadores de la población infantil.

Nos atrevemos a afirmar y así constatan los estudios, que el conocimiento de la población general sobre la etiología de la caries es aceptable, y que un adulto podría citar al menos tres acciones para su prevención (19). Los esfuerzos internacionales mediante campañas globales, así como las políticas educacionales para adultos y niños están dando sus frutos. Si bien queda mucho trabajo -no basta con cepillar los dientes, además hay que hacerlo con una técnica correcta- para disminuir las cifras mundiales de la caries dental y su asociación con otras enfermedades muy dependientes de la higiene oral (20).

Campañas de concientización para fomentar el uso del cepillo dental son frecuentes en centros infantiles (21). Los maestros de educación infantil, primaria y secundaria de Andalucía han recibido formación en este campo y en otros aspectos tales como la fluorización gracias al Programa de Promoción de la salud bucondental “Aprende a Sonreír” (22), que la Consejería de Salud viene desarrollando desde el año 2002, dejando a un lado los aspectos relacionados con TDI.

Si preguntamos a estos docentes acerca del trauma dental, existen carencias formativas en muchos aspectos, sobre todo los relacionados con primeros auxilios en el lugar del accidente (23). Esta asistencia por parte del profesorado, entre otros profesionales a cargo del cuidado infantil, influye directamente favoreciendo o ensombreciendo el pronóstico de la lesión dental (24–26). Sus acciones serán de vital importancia, sobre todo en algunas situaciones clínicas como puede ser la avulsión dental (25). Los profesores deben saber que el trauma dental es una urgencia clínica (2) y que como tal necesita atención inminente por parte de un dentista, si puede ser el odontopediatra mejor. Deben manejar un protocolo de actuación claro y conciso, dirigido y creado para ellos, con unas pautas a seguir que unifiquen criterios profesionales y que sean iguales para todos los centros con independencia de su carácter público o privado. Además hay que hacer hincapié en la prevención del trauma dental con el uso obligatorio de protectores bucales durante las actividades deportivas (27,28).

IV. Urgencia dental: material profesional de consulta para primeros auxilios en traumatología dental.

Todo paciente con traumatismo dental debe considerarse como un caso de urgencia y tratarse de forma inmediata, no solo para aliviar el dolor, sino para mejorar el pronóstico de la lesión (2,25). El personal a cargo del menor debe estar preparado para reaccionar correctamente evitando seguir consejos sin evidencia científica. Internet se ha revelado como una herramienta de consulta rápida y accesible, a la que recurren muchos pacientes, para buscar tratamientos obviando los riesgos a los que se exponen, siguiendo indicaciones sin validación profesional (29). Parece adecuado formar a estos colectivos evitando dudas y/o actuaciones imprecisas y/o postergadas, ya que el tiempo es un factor con repercusión directa en el pronóstico de la lesión dental.

Sería muy provechoso que estos colectivos conocieran de la existencia de centros de referencia para consulta e información acerca de la traumatología dentoalveolar, como pueden ser las páginas web de las diversas Asociaciones dentales, entre otros.

Se han analizado los recursos disponibles, para pacientes y padres en cuatro asociaciones dentales con autoridad profesional, con la idea de remitir a los profesores a dichas fuentes. Tras la búsqueda surge la necesidad de compararlas en base a los contenidos publicados en sus plataformas respecto al trauma dental.

1. The American Dental Association (ADA) “160 años impulsando la Odontología”.

La página web (30) tiene materiales en español para consulta. Dentro de la campaña “Boca Sana” han desarrollado un sitio web para proporcionar información sobre salud bucodental a los pacientes a través de todas las etapas de la vida (31). En esta página, por la letra E encontramos las Emergencias Dentales con consejos ante un trauma dental:

- En caso de pérdida de un diente permanente o adulto, manténgalo húmedo en todo momento. Si puede, intente volver a colocar el diente en el alvéolo sin tocar la raíz. Si no es posible, colóquelo entre la encía y el carrillo, o en leche. Diríjase a la consulta del dentista inmediatamente.
- En caso de un diente partido, enjuague inmediatamente la boca con agua templada para limpiar la zona. Coloque compresas frías en la cara para bajar la hinchazón
- Para todas las situaciones de emergencia, es importante que vaya al dentista o al servicio de urgencias lo antes posible.

Además da una serie de precauciones precisas para evitar accidentes y lesiones en los dientes:

- Lleve un protector bucal cuando practique deportes o actividades recreativas.
- Evite masticar hielo, granos de palomitas y caramelos duros, que pueden agrietar un diente.
- Use tijeras, NUNCA los dientes, para cortar cosas.

La Asociación ha creado el mes Nacional de la Salud Dental Infantil que se celebra en febrero y tiene como objetivo crear conciencia sobre la importancia de la salud bucal a una temprana edad. En su última edición de 2020, la Guía de planificación del programa NCDHM ofreció a los coordinadores, las sociedades dentales, los maestros y los padres recursos incluyendo actividades y consejos para promover los beneficios de la salud bucal en los niños. Regalaron materiales de ayuda como folletos y carteles de apoyo a la educación para maestros y otras personas que quieran abordar estos temas. Sin embargo, de toda la oferta disponible no encontramos nada que estuviera dirigido al trauma dental infantil.

2. Federación Dental Española (FDE)

Fundación del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España. El desarrollo de programas de Odontología Social para los diversos sectores de la población, el fomento de la investigación en todas las áreas de la Odontología y la organización y desarrollo de actividades informativas sobre salud bucal para la población, son áreas de interés de esta Fundación (32).

Centrándonos en las actividades informativas para la población y siguiendo un modelo similar al de la ADA, se encontró un apartado para los ciudadanos “La Salud Dental: de la A a la Z” con distintas secciones empezando por “Salud Oral en la infancia” en la cual encontramos estas recomendaciones para el trauma dental:

¿Qué debo hacer si mi hijo se fractura o golpea fuertemente los dientes?

- Lo más aconsejable es llevarle al dentista, pues, aunque aparentemente no se note nada, puede haberse lastimado el diente.
- Si un diente definitivo, como consecuencia de un golpe, se desprende de la boca tienes que seguir estos pasos rápidamente:
 - o Localiza el diente.
 - o Intenta reponérselo suavemente y si no lo consigues introduce el diente en leche o agua.
 - o Si el niño es mayor, que lo mantenga en la saliva de su boca.
 - o No laves el diente.
 - o Acude urgentemente al dentista. Muchas veces el diente se puede salvar.

Comparando ambas plataformas se observa que los consejos son acertados pero incompletos y el acceso a la información sigue una ruta poco intuitiva. En ninguna, los consejos ante un TDI están unificados en un apartado específico. A favor de la ADA cabe destacar que indica con contundencia la necesidad de acudir al dentista inmediatamente o lo antes posible, tanto en la fractura como en la avulsión, en la FDE la palabra aconsejable debería sustituirse por obligatorio en el caso de la fractura dental y a diferencia de la ADA no indica ninguna actuación al respecto. En la avulsión hay más equilibrio en cuanto a la información, aunque está incompleta, desordenada y para un usuario puede crear ciertas dudas. La ADA puede conducir a interpretaciones erróneas al indicar que mantengan el diente húmedo en todo

momento y luego intenten colocarlo en el alveolo, ya que esto podría traducirse en tener el diente bajo agua hasta el momento de su colocación; a su favor especifica que no se debe tocar la raíz lo cual echamos en falta en los consejos de la FDE. Tampoco coinciden en el orden y la indicación de los medios de almacenamiento y transporte, siendo del todo inaceptable la opción propuesta por la FDE de almacenar el diente en agua. Ninguna tiene apoyo gráfico y deberían incorporarlo ya que su eficacia está demostrada (33). En ambas páginas existen campañas de Salud Oral dirigida a los niños y enfocadas principalmente a la caries; en ninguna hay lugar para el trauma dental, ni en el material educativo ni en la sección de vídeos.

Veamos dos entidades más específicas en cuanto al manejo infantil y al trauma dental: la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP) y la Asociación Internacional de Traumatología Dental (IADT).

3. La Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP)

La Sociedad Española de Odontopediatría es una sociedad científica que agrupa al colectivo asociado de **Odontopediatras**, que son los dentistas infantiles que tratan al niño en su integridad. La **SEOP** es la principal contribuyente en los programas de educación profesional en Odontopediatría, y uno de los referentes en el campo de la promoción de las medidas preventivas, sobre todo a nivel escolar. En su página destacamos dos apartados para la formación: “¿Quieres una charla en tu colegio?” y “Para padres” (34). En la segunda hay documentos muy útiles, sin embargo no hemos encontrado ningún apartado o indicación para el TDI, apelamos a la necesidad de incluirlos debido a su responsabilidad con la sociedad. Los protocolos y los artículos de revista respecto al TDI son de consulta profesional y nos consta que son los que utilizan en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen Macarena.

4. Asociación Internacional de Traumatología Dental (IADT)

La Asociación Internacional de Traumatología Dental (IADT) es una organización profesional sin fines de lucro y de beneficio público, cuya misión es promover un servicio óptimo de prevención, investigación y tratamiento en el campo de las lesiones dentales traumáticas.

Entre sus objetivos destacan:

- Promover la conciencia pública sobre la prevención y el tratamiento de las lesiones dentales traumáticas.
- Desarrollar y publicar pautas recomendadas para el tratamiento de lesiones dentales traumáticas basadas en la mejor evidencia actual.

La aplicación TOOTHOSOS es la gran herramienta útil de esta página que deberían conocer y tener todos los maestros, monitores y responsables del cuidado infantil (35). Se trata de una APP gratuita de trauma dental, disponible para dispositivos Apple y Android, tanto para pacientes como profesionales. Además, en la sección “Para Pacientes” de la página web, se encuentra una breve pero completísima explicación acerca de qué deben saber los padres sobre las lesiones dentales y cómo prevenirlas. Separan los dientes primarios de los permanentes y explican conceptos como intrusión y avulsión. Especifican la importancia y obligación de acudir a un profesional tras cualquier accidente dental, e indican de un modo preciso y correcto las pautas a seguir ante una avulsión dental, incluso señalan la importancia de mantener una buena higiene durante el período de curación. Tienen un poster de apoyo para las instrucciones en caso de avulsión traducido a 38 idiomas que es un excelente material didáctico para las aulas escolares (ver Anexo I). El único pero es que la página está en inglés lo que puede limitar la consulta. Sería muy interesante que las páginas españolas antes mencionadas dedicaran un apartado similar al trauma dental.

OBJETIVOS

1. Justificación

El trauma dental está considerado como la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries, generando un alto coste económico para el sistema sanitario, así como consecuencias de índole físico, estético e incluso psicológico para quien lo padece. La alta tasa de incidencia de accidentes dentales en los centros escolares, hace que sean los profesores, en la mayoría de las ocasiones, los encargados de aplicar las primeras medidas de auxilio. Por tanto, es posible afirmar que la formación del maestro en el campo de la traumatología dental es fundamental. Sin embargo, la experiencia tras conversaciones con personas dedicadas a la enseñanza induce a pensar que no es suficiente.

2. Objetivo general:

Evaluar el nivel de conocimiento y la aptitud -entendida como la capacidad para operar competentemente en una determinada actividad- del maestro de educación infantil, primaria y/o secundaria, de la provincia de Sevilla, sobre primeros auxilios en traumatología dental.

3. Objetivos específicos:

- 3.1. Evaluar el nivel de conocimiento referente a los conceptos básicos sobre traumatología dental.
- 3.2. Evaluar el nivel de aptitud mediante el análisis de las acciones llevadas a cabo en el caso de asistir a un alumno o alumna tras sufrir un accidente dental.
- 3.3. Evaluar el nivel de conocimiento y aptitud sobre primeros auxilios en traumatología dental, de acuerdo con el sexo, la edad, y a la formación recibida en primeros auxilios.
- 3.4. Determinar si los maestros han recibido formación en primeros auxilios y particularmente en primeros auxilios dentales.
- 3.5. Determinar si consideran que poseen los conocimientos básicos para atender un TDI
- 3.6. Determinar si la formación en esta materia suscita interés por parte del profesorado.
- 3.7. Determinar si es habitual el uso de protector bucal en la práctica deportiva.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Enfoque metodológico

El procedimiento llevado a cabo para el desarrollo de este estudio ha combinado la revisión de la literatura científica publicada en el campo de la traumatología dental infantil, con la realización de una encuesta a la población objetivo mediante un cuestionario validado y diseñado ex profeso.

1.1. Primera fase: revisión bibliográfica

Tras revisar buena parte de la bibliografía publicada al respecto, el estudio se centró en aquellas publicaciones revisadas por pares, teniendo en cuenta aspectos tales como la fecha de publicación, el factor de impacto de la revista, la repercusión medida por las citas recibidas, las bases de datos en las que están referenciadas y la internacionalidad de los autores. Asimismo, se consultaron libros específicos de traumatología dental.

Además, se ha llevado a cabo una comparativa de las recomendaciones realizadas por cuatro Asociaciones Dentales de peso nacional e internacional: la Fundación Dental Española, la Sociedad Española de Odontopediatría, la Asociación Dental Americana y la Asociación Internacional de Traumatología Dental, observando disparidad de criterios e incluso ausencia de indicaciones respecto al TDI.

1.2. Segunda fase: encuesta a la población objetivo

Al objeto de aportar datos primarios a la investigación, se ha realizado una encuesta de carácter anónimo a los maestros de educación infantil, primaria y secundaria de la provincia de Sevilla. La herramienta utilizada para la realización de esta encuesta ha consistido en un cuestionario diseñado “ad-hoc” mediante el uso del servicio “Formularios de Google”, validado posteriormente por profesores entendidos en la materia. Los datos obtenidos han sido recopilados en una base de datos de Excel para su posterior análisis estadístico mediante el uso del software IBM SPSS Statistics.

2. Selección de los informantes

2.1. Población objeto de estudio

La población objeto del presente estudio son todos aquellos maestros en activo durante el curso 2019/2020, que prestan servicio en centros de titularidad pública, privada y/o concertada de la provincia de Sevilla, en los niveles de Educación Infantil, Primaria y/o Secundaria (incluye ESO, Bachillerato y Formación Profesional Básica y de nivel Medio).

La acotación geográfica a la provincia de Sevilla viene determinada por el limitado radio de actuación del entrevistador. La declaración del estado de alarma por la crisis sanitaria COVID-19 reafirmó esta decisión, aunque obligó a difundir y aplicar el cuestionario de forma telemática.

En cuanto a la selección del profesorado que imparte clase en los niveles de Infantil (de 0 a 6 años), Primaria (entre los 6 y 12 años) y/o Secundaria (de 12 hasta 18 años), resulta definido por el hecho de que la odontopediatría abarca hasta que el niño alcanza los 18 años de edad, por lo que no tendría sentido incluir en el estudio a profesores de distinto nivel, como por ejemplo los universitarios.

Según el informe de Recursos Humanos del sistema educativo en Andalucía, publicado por la Consejería de Educación y Deporte de la Junta de Andalucía (36), el número de profesores que cumplen los requisitos explicados con anterioridad para el curso 2018/2019 fue de **22.148** (ver Anexo II).

A la fecha de elaboración del presente trabajo, la Consejería de Educación y Deporte aún no ha facilitado los datos para el curso 2019/2020, por lo que se decidió utilizar las cifras del curso anterior, suponiendo que la variación no debe haber sido significativa.

2.2 Selección de la muestra

El elevado número de profesores que componen la población objeto de estudio, así como la dificultad para contactar con todos ellos, ha obligado a efectuar un muestreo no probabilístico de la misma.

Los criterios utilizados para dicho proceso han sido: la accesibilidad a los encuestados y la voluntariedad de estos a la hora de participar en el estudio, lo que implica que la muestra sea aleatoria y facilita la ausencia de sesgo en la selección.

Con el fin de garantizar la representatividad de esta, se ha pretendido que la muestra presente porcentajes similares a la población en los rasgos de sexo, titularidad del centro y nivel de enseñanza impartida. A la vista de la *Tabla 1*, puede considerarse que el objetivo ha sido alcanzado ya que las diferencias entre muestra y población no son significativas.

Tabla 1. Comparativa entre la distribución de la población y la muestra en función del sexo, la titularidad del centro y el nivel de enseñanza impartida.

		Población	Muestra
Sexo	Hombres	27,47%	24,40%
	Mujeres	72,53%	75,60%
Titularidad del centro	Publico	69,28%	76,50%
	Privado	30,72%	5,40%
	Concertado		18,10%
Nivel de enseñanza impartida	E. Infantil	25,75%	26,70%
	E. Primaria	37,26%	43,70%
	E. Secundaria	36,99%	29,60%

Para conocer el número mínimo de encuestas a realizar, se ha aplicado la fórmula de cálculo de tamaño muestral para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N (tamaño de la población) = 22.148

Z (nivel de confianza) = 1,96

p (proporción esperada) = 0,05

q (probabilidad de fracaso) = 0,95

d (precisión) = 0,05

Luego para una población compuesta por 22.148 docentes y en el supuesto de trabajar mediante un muestreo aleatorio simple, con una confianza del 95% y un margen de error del 5%, la cifra mínima de encuestados debe ser de 378.

El cuestionario se aplicó desde el día 20 de abril hasta el 13 de mayo del presente año. En este periodo de 23 días, se obtuvieron un total de 458 encuestas completadas, de las cuales se descartaron 16 debido a que provenían de otras provincias o de centros educativos diferentes a los estudiados.

Finalmente, el tamaño muestral total ha sido de **442 sujetos**, los cuales representan a 75 municipios de los 106 que conforman la provincia de Sevilla. En la siguiente tabla se muestra la distribución de la muestra por criterio de sexo, edad, localidad, titularidad del centro, nivel de enseñanza impartida y experiencia profesional.

Tabla 2. Distribución de la muestra en función del sexo, edad, localidad, titularidad del centro, nivel de enseñanza impartida y experiencia profesional.

Sexo		Edad		Localidad	
Hombre	24,43%	20-29	7,01%	Sevilla capital	41,85%
Mujer	75,57%	30-39	25,34%	Resto Provincia	58,15%
		40-49	38,91%		
		50-59	24,21%		
		60-65	4,53%		

Titularidad del Centro		Nivel de Enseñanza		Experiencia profesional	
Concertada	18,10%	Infantil 0 - 6	26,70%	< 1 año	1,58%
Privada	5,43%	Primaria 6 - 12	43,66%	1-10 años	26,92%
Pública	76,47%	Secundaria 12 - 18	29,64%	11-20 años	40,05%
				21-30 años	15,84%

3 Cuestionario

El cuestionario utilizado ha sido diseñado “ex profeso” para este estudio, teniendo en cuenta que sería anónimo, autocumplimentado y que su aplicación se llevaría a cabo mediante un método de encuesta no directo, en este caso a través de medios telemáticos. Para determinar su extensión, se propuso como principal objetivo que el tiempo medio necesario para completarlo oscilara entre los 4 y 6 minutos; un cuestionario demasiado amplio puede poner en peligro la calidad de las respuestas o incluso provocar el abandono prematuro. A pesar de ello, se decidió no establecer limitación alguna de tiempo para las respuestas (ver Anexo III). Finalmente se optó por un cuestionario articulado en 4 bloques y con un total de 25 ítems (*Tabla 3*).

Tabla 3. Bloques y dimensiones del cuestionario “Nivel de Conocimiento y Aptitud del maestro de educación infantil, primaria y/o secundaria sobre primeros auxilios en traumatología dental.

	Objetivo y justificación del estudio
Introducción	Instrucciones para contestar
	Agradecimiento a la colaboración
	Sexo
	Edad
Datos demográficos	Titularidad del centro educativo
	Nivel de enseñanza impartida
	Localidad
	Experiencia Profesional
Cuerpo de preguntas	a) Evaluación del nivel de conocimiento sobre traumatología dental
	b) Valoración de la aptitud ante un caso de traumatología dental
	c) Experiencia del encuestado en traumatología dental
	d) Formación en Primeros Auxilios
Ofrecimiento	Puesta a disposición para impartir, desinteresadamente, una charla formativa sobre primeros auxilios en traumatología dental, en los centros que estén interesados.

El Cuerpo de preguntas consta de 19 items organizados en 4 dimensiones:

- a) **Evaluación del nivel de conocimiento:** contiene 4 items al objeto de evaluar el nivel de conocimiento sobre conceptos generales en traumatología dental.
- b) **Valoración de la aptitud ante un caso de traumatología dental:** comprende 8 items con el fin de evaluar la aptitud del encuestado en el caso de que tenga que brindar asistencia a un alumno o alumna que haya sufrido una lesión dental.
- c) **Experiencia del encuestado en traumatología dental:** plantea 2 items para conocer si el encuestado ha sufrido o ha asistido a otra persona en un trauma dental.
- d) **Formación en Primeros Auxilios:** consta de 5 items para conocer si el encuestado ha recibido formación en primeros auxilios.

3.1 Calificación del Cuestionario

Respecto a la calificación del cuestionario, solo son puntuables las dos primeras dimensiones del cuerpo de preguntas, utilizando para ello una escala de 0 a 1 y valorando con 1 punto la respuesta correcta y con 0 puntos las incorrectas.

- a) **Conocimiento general sobre Traumatología Dental:** 4 items de respuesta cerrada y alternativa múltiple, siendo solo una de las respuestas correctas.
- b) **Aptitud** -entendida como la capacidad para operar competentemente en una determinada actividad- **ante un caso de traumatología dental:** 8 items de respuesta cerrada y alternativa múltiple, siendo sólo una de las respuestas correctas.

Al constar ambas dimensiones de 4 y 8 items respectivamente, la puntuación obtenida en el cuestionario debe situarse entre un mínimo de 0 puntos y un máximo de 12.

Con el fin de categorizar la variable cuantitativa “Puntuación obtenida en el cuestionario” y convertirla en una variable cualitativa ordinal, se crea la variable “**Nivel de Conocimiento y Aptitud**” (sobre primeros auxilios en traumatología Dental) y se establecen tres categorías o niveles:

- **Bajo:** para puntuaciones de entre 0 y 5 puntos (por debajo del 50% de respuestas correctas)
- **Medio:** para puntuaciones de entre 6 y 9 puntos (entre el 50% y el 75% de respuestas correctas)
- **Alto:** para puntuaciones de entre 10 y 12 puntos (a partir de un 75% de respuestas correctas)

3.2 Validación por jueces

En un primer momento, se diseñó un cuestionario piloto el cual contenía 30 preguntas y presentaba una estructura ligeramente diferenciada del actual.

Este fue sometido a la valoración de cinco expertos con demostrada trayectoria en la materia, al objeto de evaluar la claridad y pertinencia de las cuestiones planteadas. Asimismo, resultaba interesante conocer la respuesta que cada uno de ellos daba por válida a los ítems, para así definir el valor cuantitativo asignado a cada respuesta. Los comentarios recibidos por estos profesionales también ayudaron a definir la redacción, el orden y la secuencia de las preguntas con el fin de que el cuestionario fuera lo más efectivo y eficiente posible.

Tabla 4. Grupo de expertos.

Dra. Asunción Mendoza Mendoza	Catedrática de Odontopediatria del Departamento de Estomatología, adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla
Dr. David Ribas Pérez	Profesor Asociado de Odontopediatria del Departamento de Estomatología, adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla
Dr. Carolina Caleza Jiménez	Profesor Asociado de Odontopediatria del Departamento de Estomatología, adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla
Dr. María Biedma Perea	Profesor Asociado de Odontopediatria del Departamento de Estomatología, adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla
Dr. Fátima Román Arenas	Profesor Asociado interino de Odontopediatria del Departamento de Estomatología, adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla

3.3 Aplicación del cuestionario

La situación que atraviesa España y el mundo debido a la pandemia por la Covid-19 obligó a cambiar los planes iniciales de este estudio. Se recurrió al uso de las nuevas tecnologías para su difusión y aplicación, pues fue imposible el contacto por otro canal debido al confinamiento de la población.

La primera acción llevada a cabo fue la de compartir la encuesta a través de aplicaciones de mensajería móvil como WhatsApp, y de redes sociales como Facebook e Instagram. Al objeto de alcanzar la máxima difusión posible, se apeló la solidaridad del colectivo de maestros para participar y compartir el cuestionario con el resto de compañeros. A pesar de la buena acogida y la colaboración del sector, esto no fue suficiente. Hay que tener en cuenta que el momento de aplicación de la encuesta ha coincidido con una situación sin precedentes y de graves dificultades; la disposición para contestar puede haberse visto afectada por el estado de ánimo del receptor e incluso por la saturación de mensajería vía móvil que ha tenido lugar.

En una segunda fase, se contactó con la Consejería de Educación y Deporte de la Junta de Andalucía, la cual facilitó los datos de contacto de todos los centros públicos de la provincia de Sevilla (ver Anexo IV). Gracias a esta valiosa información, se realizó un envío masivo de correos electrónicos a 670 centros de un total de 799, obviando aquellos que no cumplían los requisitos de la muestra. Asimismo, se contactó telefónicamente con aquellos directores que disponían de línea móvil de trabajo; desafortunadamente, la mayoría de números correspondían a líneas fijas, lo que limitó esta actuación.

En la fase final, se obtuvo a través de la web scholarum.es (37) un listado de los centros privados y concertados de la provincia. Una vez conocidos los nombres, se procedió a acceder a las diferentes páginas web en búsqueda de datos de contacto. De forma análoga a la fase anterior, se realizó un envío masivo de correos electrónicos y de mensajes a través de la aplicación WhatsApp.

En ambas fases, sin variar el cuerpo de texto, se realizaron reiterados envíos a la misma dirección de correo electrónico, en días y horas diferentes, apelando a la participación del profesorado del centro en el estudio. Esta estrategia tuvo éxito logrando que muchos colegios que inicialmente no habían participado, finalmente sí lo hicieran.

3.4. Análisis de Datos

Las respuestas obtenidas a través de la herramienta “Formularios de Google” fueron recogidas en una hoja de Excel para la confección de una base de datos. Una vez agrupadas, se procedió a la revisión de cada una de las encuestas para verificar que no existían errores u omisiones y que cumplían los requisitos del estudio, desechando 16 encuestas.

A continuación, se llevó a cabo un proceso de codificación de la información cualitativa con el fin de convertirla en información cuantitativa. Este paso es de vital importancia para el tratamiento de los datos con el software IBM SPSS.

Tras el volcado de datos a SPSS, se realizó un análisis con Estadísticos descriptivos: tablas de frecuencia, medidas de centralización como media o moda, comprobación de normalidad de la distribución de las respuestas, tablas cruzadas y coeficiente de asociación de Cramer para hallar la significación estadística de la relación entre datos.

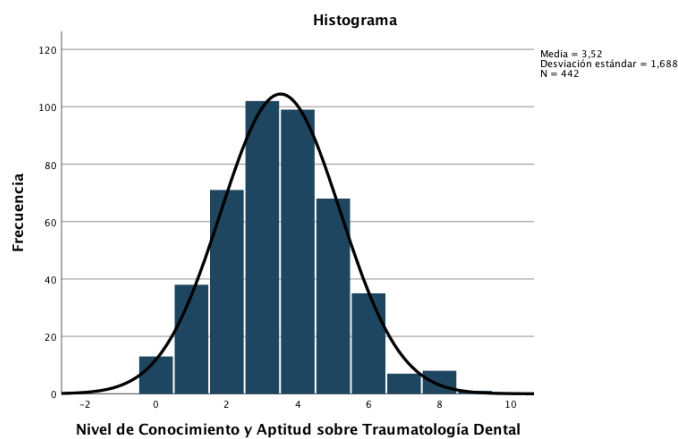
RESULTADOS

Tabla 5. Nivel de conocimiento y aptitud

Nivel de Conocimiento y Aptitud de los Maestros de Educación Infantil, Primaria y/o Secundaria sobre primeros auxilios en Traumatología Dental					
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
0	13	2,9	Bajo (0 - 5)	391	88,5
1	38	8,6			
2	71	16,1			
3	102	23,1			
4	99	22,4			
5	68	15,4			
6	35	7,9	Medio (6 - 9)	51	11,5
7	7	1,6			
8	8	1,8			
9	1	0,2			
10	0	0	Alto (9 - 12)	0	0
11	0	0			
12	0	0			
Total	442	100		442	100

Se observa que los encuestados obtienen una mejor calificación en la primera dimensión (conocimiento) frente a la segunda (aptitud). Concretamente se advierte que, para la dimensión “Nivel de Conocimiento”, un 52,3% obtiene un nivel medio, e incluso 8 de los encuestados obtienen un nivel alto. Sin embargo, es en la dimensión “aptitud” donde se produce un empeoramiento de las calificaciones, presentando un 90,7% un nivel bajo.

Gráfico 1. Histograma para el estudio de la normalidad de la variable “nivel de conocimiento y aptitud sobre primeros auxilios en traumatología dental”.



A la vista del histograma, el cual presenta una forma muy parecida a una campana de Gauss, parece ser posible afirmar que la variable “Nivel de Conocimiento y Aptitud” se ajusta a una distribución normal.

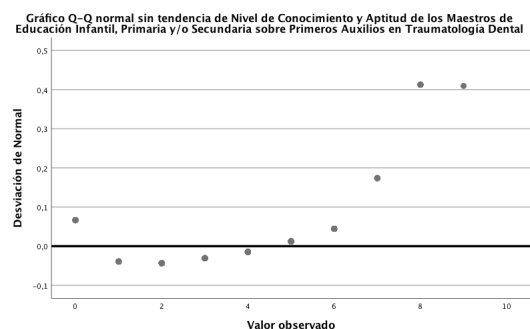
Tabla 7. Prueba de normalidad para la variable “nivel de conocimiento y aptitud sobre primeros auxilios dentales en traumatología dental”.

Pruebas de normalidad						
Nivel de Conocimiento y Aptitud	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	G1	Sig.	Estadístico	G1	Sig.
	0,127	442	0	0,964	442	0

a. Corrección de significación de Lilliefors

Para verificar lo anterior, y dado que se trata de una variable continua con un tamaño muestral superior a 50, se realiza la prueba de significación K-S (con la corrección de Lilliefors). El valor de significación del estadístico resulta ser 0 (inferior a 0,05) por lo que según esta prueba no es posible afirmar que dicha variable siga una distribución normal.

Gráfico 2. Prueba Q-Q para el estudio de la normalidad de la variable “nivel de conocimiento y aptitud sobre primeros auxilios en traumatología dental”.



En el gráfico Q-Q normal sin tendencia, se observa que existe dispersión de los valores extremos respecto a la línea recta, luego se concluye afirmando que la variable “Nivel de Conocimiento y Aptitud sobre primeros auxilios en Traumatología Dental” no sigue una distribución Normal, por lo que para su estudio será necesario utilizar pruebas no paramétricas.

Tablas más representativas del estudio. Puede consultar el resto en Anexo V.

Tabla 8. Reimplante de una avulsión.

En caso de que encuentre el diente definitivo. ¿Se siente capaz de reimplantarlo?		
	Frecuencia	Porcentaje
Buscaría personal sanitario del colegio para que lo hiciera	32	7,2
No sabe/ No contesta	14	3,2
No, nunca	372	84,2
Sí	17	3,8
Solo a veces	7	1,6
Total	442	100

Tabla 9. Medio de almacenamiento y transporte.

Si usted tiene el diente, ¿cómo lo transportaría?		
	Frecuencia	Porcentaje
En la boca del niño/a	11	2,5
En papel higiénico o un pañuelo limpio	310	70,1
En un recipiente con agua	20	4,5
En un recipiente con leche	24	5,4
En un recipiente con suero fisiológico	77	17,4
Total	442	100

Tabla 10. Dónde buscar ayuda profesional.

Si a un alumno/a se le rompe o se le sale un diente a causa de un fuerte golpe en la boca, ¿cuál es el primer lugar donde buscaría ayuda?		
	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud o Atención Primaria	176	39,8
Dentista	27	6,1
Dentista especialista en niños	62	14
No sabe / No Contesta	17	3,8
Urgencias	160	36,2
Total	442	100

En las tablas 8, 9 y 10 se observa, respectivamente que:

- Tan solo un 3,8% de los encuestados se siente capaz de reimplantar un diente avulsionado.
- Tan solo 5,4% de los encuestados transportaría el diente en un recipiente con leche. Cabe destacar que un 70,1% utilizaría papel higiénico o un pañuelo.
- Tan solo un 14% de los encuestados acudiría al Odontopediatra, un 39,8% al Centro de Salud o Atención Primaria y un 36,2% a Urgencias.

Tabla 11. Formación en primeros auxilios

¿Alguna vez ha sido formado en primeros auxilios?			¿Alguna vez ha sido formado en primeros auxilios dentales?			¿Cree que tiene suficiente formación para atender un traumatismo dental?		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
No	57	12,9	No	433	98	No	432	97,7
Sí	385	87,1	Sí	9	2	Sí	10	2,3
Total	442	100	Total	442	100	Total	442	100

Se observa que un 87,1% de los encuestados ha recibido formación en primeros auxilios, pero tan sólo un 2% ha recibido formación en primeros auxilios dentales. Asimismo, es importante destacar que un 97,7% considera que no posee suficiente formación para atender un caso de traumatismo dental.

Tabla 12. Nivel de conocimiento y aptitud según el sexo.

Nivel de Conocimiento y Aptitud		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Bajo	Recuento	91	300	391
	% dentro de Sexo	84,30%	89,80%	88,50%
	Recuento	17	34	51
	% dentro de Sexo	15,70%	10,20%	11,50%
Total	Recuento	108	334	442
	% dentro	100,00%	100,00%	100,00%

V de Cramer = 0,116

Se advierte, y el Coeficiente de asociación de Cramer así lo confirma, que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el “Nivel de Conocimiento y Aptitud” y la variable “Sexo”.

Tabla 13. Nivel de conocimiento y aptitud según la edad.

		Edad					Total	
		20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	60-65 años		
Nivel de Conocimiento y Aptitud	Bajo	Recuento	29	101	151	94	16	391
	% dentro de Edad	93,50%	90,20%	87,80%	87,90%	80,00%	88,50%	
	Medio	Recuento	2	11	21	13	4	51
	% dentro de Edad	6,50%	9,80%	12,20%	12,10%	20,00%	11,50%	
Total		Recuento	31	112	172	107	20	442
		% dentro de Edad	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

V de Cramer = 0,622

Se observa que conforme aumenta la Edad, se reduce el porcentaje de encuestados con un Nivel de conocimiento y aptitud bajo (se pasa de un 93,50% a un 80%). Asimismo se aprecia que conforme aumenta la Edad, aumenta el porcentaje de los que presentan un nivel medio (se pasa del 6,50% para menores de 29 años , al 20% para mayores de 60). El Coeficiente de asociación de Cramer superior a 0,6 permite afirmar que existe una fuerte asociación estadísticamente significativa entre el “Nivel de conocimiento y aptitud” y la variable “Edad” del encuestado.

Tabla 14. Nivel de conocimiento y aptitud según si ha recibido formación en primeros auxilios dentales.

		Formacion P.Aux.Dent		Total	
		No	Sí		
Nivel de Conocimiento y Aptitud	Bajo	Recuento	386	5	391
	%	89,10%	55,60%	88,50%	
	Medio	Recuento	47	4	51
	%	10,90%	44,40%	11,50%	
Total		Recuento	433	9	442
		%	100,00%	100,00%	100,00%

V de Cramer = 0,002

Se observa que, dentro del grupo de maestros que sí ha recibido Formación en primeros auxilios dentales, casi la mitad de estos (44,4%) presentan un Nivel de conocimiento y aptitud medio. Sin embargo, dentro del grupo que no ha recibido formación, tan sólo un 10,90% obtiene una calificación de nivel medio. Aunque el Coeficiente de asociación de Cramer indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables, el análisis de la tabla por grupos parece indicar lo contrario, puesto que la proporción de maestros que obtuvo un nivel medio es superior en el grupo que sí recibió formación frente al grupo que no la recibió.

DISCUSIÓN

Hablar de traumatología dental implica abordar su etiología, frecuencia, clasificación, diagnóstico, pronóstico, prevención y revisiones periódicas de la lesión para comprobar su evolución, en gran medida incierta, a pesar de los avances en los tratamientos que han permitido elevar las tasas de éxito.

Existe evidencia científica y un consenso unánime en el área de la traumatología dental de que, en algunas situaciones clínicas como la avulsión, la actuación en el lugar del accidente es vinculante con el pronóstico de la lesión. Sin embargo, no se han encontrado Campañas de Salud Oral dirigidas a enseñar y fomentar una actuación correcta de la población ante un trauma dental, que por otro lado es la encargada de aplicar las medidas básicas de auxilio. Este desconocimiento influye ensombreciendo el futuro de muchos dientes, que podrían ser salvados para cumplir su función fisiológica, estética e incluso psicológica en el individuo.

Teniendo en cuenta que hay determinadas franjas de edad más propensas a sufrir trauma dental, y que todas se adscriben a la infancia, es conveniente que los grupos encargados del menor, como los maestros de educación infantil, primaria y/o secundaria, conozcan un protocolo de actuación en primeros auxilios dentales.

En nuestro estudio, los docentes no se sienten suficientemente formados en este campo: un 97,7% de los encuestados así lo afirma. Estos resultados pueden verse justificados por el hecho de que el 98% reconoce que nunca han recibido información acerca de primeros auxilios dentales a través de ningún medio. Posiblemente producto de lo anterior, un 88,5% presenta un “Nivel de conocimiento y aptitud sobre primeros auxilios en traumatología dental” deficiente. Un 15,61% ha contactado manifestando su interés en recibir formación en este tema.

Las posibles causas de estos datos podrían deberse a que las Campañas Escolares suelen orientarse a la prevención de la caries, y al desconocimiento de la frecuencia y las secuelas del trauma dental. Descuidando la prevención del TDI ya que un 91,4% admite que no es habitual el uso del protector bucal durante la práctica deportiva (ver Anexo VI).

Uno de los aspectos que suele influir en el conocimiento y la aptitud en determinados temas es el sexo, sin embargo, no resultó relevante en este caso, ya que los porcentajes se presentan muy igualados para ambos: se observa que un 89,80% de mujeres obtuvo un nivel

bajo y un 10,20% un nivel medio, frente a 84,30% de hombres que obtuvo un nivel bajo y un 15,70% un nivel medio.

Los requisitos docentes varían dependiendo de la titularidad del centro. Sin embargo, los resultados reflejan que ninguno, independientemente de su carácter público, privado o concertado, ha destinado recursos para que sus titulares reciban una formación básica en este campo (ver Anexo VII). Ha podido comprobarse que sí existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y aptitud, y el hecho de haber recibido formación en primeros auxilios dentales. Del total de 9 personas (2% de la muestra) que recibieron instrucciones al respecto, un 44,40% alcanza un nivel de conocimiento y aptitud medio, lo que supone casi la mitad. Mientras que del total de 433 (98% de la muestra) que no han recibido formación, solo un 10,9% alcanza un nivel de conocimiento y aptitud medio. Las nuevas generaciones tan demandantes de salud y estética agradecerían que sus profesores supieran cómo actuar en caso de accidente dental, y sería un plus indiscutible para la sociedad y el sistema de salud.

La Asociación Internacional de Traumatología Dental pone a disposición de los usuarios, entre otros, una guía de actuación muy clara y concisa para actuar ante una fractura dental o una avulsión en dientes permanentes. A preguntas trascendentales como:

- a. ¿Si el diente está roto, se puede unir la parte rota? solo un 7% conoce que se puede unir en caso de un diente permanente. (Ver Anexo VIII)
- b. En caso de que encuentre el diente definitivo, ¿se siente capaz de reimplantarlo? un 84,2% nunca se sentiría capaz.
- c. En cuanto al medio de almacenamiento y transporte, solo un 5,4% conoce que el medio ideal es la leche.
- d. Solo un 14% buscaría ayuda especializada de un Odontopediatra.

Estos datos evidencian la falta de preparación en aspectos, por otra parte, tan fáciles de interiorizar por un profesor. Solo un 3,8% reimplantaría el diente, dato nefasto teniendo en cuenta que la viabilidad del diente aumenta si el período extraoral en seco es inferior a 20 minutos, lo que equivale a que se realice en el lugar del accidente. Hay que destacar que un 70,1% transportaría el diente envuelto en un pañuelo o servilleta lo que provocaría la muerte de todas las células del ligamento periodontal, perjudicándolo de manera irreversible. El factor tiempo es crucial en un accidente dental, un 54,1% contestó que considera idóneo buscar

atención en menos 30 minutos (Ver Anexo IX). Si tenemos en cuenta que la pérdida de tiempo innecesaria por acudir antes a un Centro de Salud (39,8%) o a Urgencias (36,2%), que a un dentista (6,1%) o específicamente a un odontopediatra (14%), son errores que no deben tener lugar tras recibir formación precisa en el manejo de una urgencia dental.

Con las indicaciones y los conocimientos precisos, nos atreveríamos a garantizar que las cifras variarían circunstancialmente, pues son consecuencia de la desinformación casi absoluta al respecto.

No obstante, conforme aumenta la edad, se reduce el porcentaje de encuestados con un nivel de conocimiento y aptitud bajo (se pasa de un 93,50% a un 80%). Asimismo, se aprecia que conforme aumenta la edad, aumenta el porcentaje de los que presentan un nivel medio (se pasa del 6,50% para menores de 29 años , al 20% para mayores de 60). Esto podría extrapolarse a otros aspectos como la sabiduría que se adquiere con el paso de los años, pero sigue siendo un mal dato.

Esta investigación está acotada a la provincia de Sevilla, pero no estamos ante un problema local, otros estudios han arrojado datos muy similares:

- a. Traebert J. Col (Brasil 2009): solo un 2,2% de los profesores presentaron un buen nivel (38).
- b. Mc. Intyre J. Col (EE.UU 2008): un 44,0% de los profesores no se sienten capaces de reimplantar un diente y un 28% no sabe cómo hacerlo (39).
- c. Caglar E y col (Europa 2005): el 74,3% admitieron no tener ningún conocimiento del trauma dental (40).
- d. Blakytyn e y col. (Reino Unido 2001): el 66,1% no habían recibido ninguna información o consejo sobre el manejo de un trauma dental (41).

¿Es por tanto este un problema global?; ¿qué porcentaje de dientes se pierden o fracasan debido a un mal manejo de la urgencia dental?; ¿qué coste tiene para el sistema sanitario la falta de preparación de los colectivos responsables del cuidado del menor sobre traumatología dental?; ¿influiría en el bienestar del individuo y de la sociedad la formación del profesorado en primeros auxilios dentales?; ¿invertir en protectores bucales para las prácticas deportivas sería una medida eficaz para prevenir el trauma dental? Todas estas cuestiones en sí mismas son objeto de nuevos estudios. Se dejan abiertas a debate y reflexión por parte del lector.

CONCLUSIONES

1. Los maestros de educación infantil, primaria y/o secundaria, de la provincia de Sevilla, presentan deficiencias notorias en el nivel de conocimiento y aptitud para brindar los primeros auxilios dentales, en caso de que un alumno o alumna sufra una lesión dental.
2. Los maestros de educación infantil, primaria y/o secundaria, de la provincia de Sevilla presentan un nivel de conocimiento aceptable acerca de los conceptos generales sobre traumatología dental. Se observa que el 52,3% alcanza un nivel medio.
3. Los maestros de educación infantil, primaria y/o secundaria, de la provincia de Sevilla presentan un nivel de aptitud bajo en relación con las acciones llevadas a cabo en el caso de asistir a un alumno o alumna con un diente roto o avulsionado. Se observa que el 90,7% está en un nivel bajo.
4. El nivel de conocimiento y aptitud sobre traumatología dental es similar en ambos sexos.
5. El nivel de conocimiento y aptitud sobre traumatología dental mejora conforme aumenta la edad, aunque los datos muestran que continúa siendo deficiente. Un 80% entre los 60 y 65 años presenta un nivel bajo.
6. El nivel de conocimiento y aptitud mejora sustancialmente en aquellos casos en los que se ha recibido formación en primeros auxilios dentales. Casi la mitad de ellos (44,4%) presenta un nivel medio.
7. Aunque la mayoría de los maestros han recibido formación en primeros auxilios, tan solo una minoría (2%) ha recibido formación específica en primeros auxilios dentales.
8. Casi la totalidad (97,7%) de los encuestados considera que no posee formación suficiente en primeros auxilios dentales.
9. Del total de encuestados, 68 solicitan formación en primeros auxilios dentales.
10. El uso del protector bucal no es habitual, a pesar de los beneficios que representa en la prevención del trauma dental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lam R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: A review of the literature. *Aust Dent J*. 2016 Mar 1;61:4–20.
2. Mendoza Mendoza A. Manejo del paciente traumatizado. Exploración y diagnóstico de las lesiones. In: 3ª, editor. *Traumatología oral en odontopediatría Diagnóstico y tratamiento integral*. 3ª. Madrid: Ergon; 2003. p. 30–56.
3. Lenzi MM, Alexandria AK, Ferreira DMTP, Maia LC. Does trauma in the primary dentition cause sequelae in permanent successors? A systematic review. *Dent Traumatol*. 2015;31(2):79–88.
4. Mendoza-Mendoza A, Iglesias-Linares A, Yañez-Vico RM, Abalos-Labruzzi C. Prevalence and complications of trauma to the primary dentition in a subpopulation of Spanish children in southern Europe. *Dent Traumatol*. 2015;31(2):144–9.
5. Pacheco LF, Filho PFG, Letra A, Menezes R, Villoria GEM, Ferreira SM. Evaluation of the knowledge of the treatment of avulsions in elementary school teachers in Rio de Janeiro, Brazil. *Dent Traumatol*. 2003;19(2):76–8.
6. Young C, Wong KY, Cheung LK. Effectiveness of educational poster on knowledge of emergency management of dental trauma-part 1. Cluster randomised controlled trial for primary and secondary school teachers. *PLoS One*. 2013;8(9).
7. Glendor U. Epidemiology of traumatic dental injuries - A 12 year review of the literature. *Dent Traumatol*. 2008;24(6):603–11.
8. Petti S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries. *Dent Traumatol* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2020 Mar 28];34(2):71–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29455471>
9. García Ballesta C, Pérez Lajarín L, Castejón Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. *RCOE*. 2003;8 (2):131–41.
10. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Brown A, Carter A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545–602.
11. García Ballesta C, Pérez Lanjarín L. El problema. Clasificación, etiología y patogenia. In: *Traumatología oral en odontopediatría Diagnóstico y tratamiento integral*. 3ª. Madrid: Ergon; 2003. p. 11–29.
12. Castro Brezzo PF, Dreyer Arroyo E. Prevalencia de traumatismos dentoalveolares en pacientes infantiles del complejo asistencial Dr. Sótero del Río. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral*. 2012;5(3):127–30.
13. Glendor U, Koucheiki B, Halling A. Risk evaluation and type of treatment of multiple dental trauma episodes to permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2000;16(5):205–10.
14. Hamilton FA, Hill FJ, Holloway PJ. An investigation of dento-alveolar trauma and its treatment in an adolescent population. Part 1: The prevalence and incidence of injuries and the extent and adequacy of treatment received. *Br Dent J* [Internet]. 1997;182(3):91–5. Available from: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4809313>

15. Marcenes W, Zabet NE, Traebert J. Socio-economic correlates of traumatic injuries to the permanent incisors in schoolchildren aged 12 years in Blumenau, Brazil. *Dent Traumatol* [Internet]. 2001 Aug 1;17(5):218–22. Available from: <https://doi.org/10.1034/j.1600-9657.2001.170507.x>
16. Feliciano KMPDC, Caldas ADF. A systematic review of the diagnostic classifications of traumatic dental injuries. *Dent Traumatol*. 2006;22(2):71–6.
17. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Texto y atlas a color de lesiones traumáticas a las estructuras dentales. 4ª ed. Caracas: Amolca; 2010.
18. Andreasen FM, Andreasen JO. Diagnosis of luxation injuries: The importance of standardized clinical, radiographic and photographic techniques in clinical investigations. *Dent Traumatol* [Internet]. 1985 Oct 1;1(5):160–9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.1985.tb00651.x>
19. Duijster D, Loveren C Van. van kinderen . Een kijkje achter de voordeur. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2017;(april):180–6.
20. Hugoson A, Lundgren D, Asklöv B, Borgklint G. Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: A randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene behaviour on plaque and gingivitis. *J Clin Periodontol*. 2007;34(5):407–15.
21. Angelopoulou M, Kavvadia K, Oulis C, Reppa C. Oral Hygiene Facilitators and Barriers in Greek 10 Years Old Schoolchildren. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2015;8(2):87–93.
22. Junta de Andalucía Consejería de Educación y Deporte. <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable/programas/aprende-a-sonreir>. 2020.
23. Arikan V, Sönmez H. Knowledge level of primary school teachers regarding traumatic dental injuries and their emergency management before and after receiving an informative leaflet. *Dent Traumatol*. 2012;28(2):101–7.
24. DiAngelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2012;28(1):2–12.
25. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G, Trope M, DiAngelis AJ, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. avulsion of permanent teeth. *Pediatr Dent*. 2017;39(6):412–9.
26. Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT, Robertson A, DiAngelis AJ, Andersson L, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Pediatr Dent*. 2017;39(6):420–8.
27. Ferrari CH, Ferreira De Medeiros JM. Dental trauma and level of information: Mouthguard use in different contact sports. *Dent Traumatol*. 2002;18(3):144–7.
28. Persic R, Pohl Y, Filippi A. Dental squash injuries - A survey among players and coaches in Switzerland, Germany and France. *Dent Traumatol*. 2006;22(5):231–6.
29. Warraich H. Doctor Google miente. *The New York Times*. 2018;
30. American Dental Association. <https://www.ada.org>. <https://www.ada.org/en/about-the-ada/spanish-resources/resources-in-spanish>. 2020.
31. Asocciation AD. <https://www.mouthhealthy.org>. <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/d/dental-emergencies>. 2020.
32. Fundación Dental Española. <https://fundaciondental.es>. <https://fundaciondental.es/actividades/la-salud->

- dental-de-la-a-a-la-z/. 2020.
33. Razeghi S, Mohebbi SZ, Gholami M, Mashayekhi M, Maraghehpour B, Rahnama E. Effect of two educational interventions on primary school teachers' knowledge and self-reported practice regarding emergency management of traumatic dental injuries. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1–8.
 34. Odontopediatria SE de. <https://www.odontologiapediatrica.com>. <https://www.odontologiapediatrica.com/para-padres/>. 2020.
 35. Association of Dental Traumatology. <https://www.iadt-dentaltrauma.org>. <https://www.iadt-dentaltrauma.org/for-patients.html>. 2020.
 36. Consejería de Educación y Deporte de la Junta de Andalucía. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/producto_estadistica/19/06/Av_RRHH_2018_19.pdf. Recursos humanos del sistema educativo en andalucía. Datos de Avance. Curso 2018-1019. 2019.
 37. Scholarum @ 2020. <https://www.scholarum.es>.
 38. Traebert J. Knowledge of lay people and dentist in emergency management of dental Trauma. *Dent Traumatol*. 2009;25(3):277–83.
 39. McIntyre JD, Lee JY, Trope M, Vann WFJ. Elementary school staff knowledge about dental injuries. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol*. 2008 Jun;24(3):289–98.
 40. Caglar E, Ferreira LP, Kargul B. Dental trauma management knowledge among a group of teachers in two south European cities. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol*. 2005 Oct;21(5):258–62.
 41. Blakytyn C, Surbutis C, Thomas A, Hunter ML. Avulsed permanent incisors: knowledge and attitudes of primary school teachers with regard to emergency management. *Int J Paediatr Dent*. 2001 Sep;11(5):327–32.

ANEXOS

I. ANEXO



Salva tu diente

Muchos de tus dientes definitivos pueden ser salvados si sabes cómo actuar después de un golpe en la boca



1
Buscar el pedazo de diente



2
El pedazo puede ser pegado



3
Para que esto se posible, acudir inmediatamente al dentista



1
Buscar el diente



2
Tomarlo por la corona

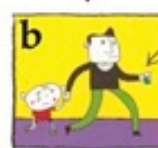


3
Lavarlo bajo un chorro de agua (colocar el tapón)

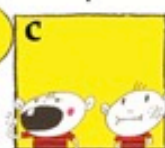
4



a
Volver al diente a su lugar



b
Introducir el diente en un vaso y cubrirlo con suero fisiológico o leche



c
Si el accidente ocurrió en la vía pública: colocar el diente entre mejillas y molares



5
Buscar inmediatamente atención profesional especializada en plazo máximo de 2 horas

Campaña de Educación y Prevención de Traumatismos Dentarios,
Servicio de Traumatología Dental Infantil
Facultad de Odontología
Universidad de Valparaíso
Chile
Tel. 56 - 32 - 2508690-1
Fax 56 - 32 - 2508696
e-mail: cliinfo@uv.cl



IADT Administration
4425 Cass Street, Suite A
San Diego, CA 92109
www.iadt-dentaltrauma.org

II. ANEXO

DISTRIBUCIÓN DEL PROFESORADO POR NIVEL DE ENSEÑANZA IMPARTIDA, TITULARIDAD DEL CENTRO Y SEXO

Curso 2018-2019	Sevilla		
	Hombres	Mujeres	Total
E. Infantil (exclusivamente)	228	5.475	5.703
Público	151	3.214	3.365
Privado	77	2.261	2.338
E. Primaria (exclusivamente)	2.313	5.940	8.253
Público	1.714	4.670	6.384
Privado	599	1.270	1.869
E. Secundaria Obligatoria (exclusivamente)	1.988	3.147	5.135
Público	1.286	2.249	3.535
Privado	702	898	1.600
Bachillerato (exclusivamente)	211	204	415
Público	152	148	300
Privado	59	56	115
Formación Profesional (exclusivamente)	1.345	1.297	2.642
Público	924	837	1.761
Privado	421	460	881
Total	6.085	16.063	22.148

Fuente: Unidad Estadística de la Consejería de Educación y Deporte

III. ANEXO

CONOCIMIENTOS Y APTITUDES DEL MAESTRO DE EDUCACION INFANTIL, PRIMARIA Y/O SECUNDARIA SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN TRAUMATOLOGÍA DENTAL.

**Universidad de Sevilla
Facultad de Odontología**

El objetivo de esta encuesta es valorar su nivel de conocimiento sobre traumatología dental y conocer su respuesta en el caso de que un alumno o alumna sufra una lesión dental.

Rogamos no busque información adicional para contestar.

Le informamos que sus datos personales serán tratados de forma confidencial.

Este es un trabajo de fin de grado que ha tenido que adaptarse a esta difícil situación (Pandemia COVID-19).

De antemano le damos las gracias por su colaboración y apelamos a su solidaridad para reenviar la encuesta a otros compañeros.

1. Sexo

- a. Mujer
- b. Hombre

2. Edad

- a. 20-29 años
- b. 30-39 años
- c. 40-49 años
- d. 50-59 años
- e. 60-65 años

3. Presta servicio en un Centro de titularidad

- a. Pública
- b. Privada
- c. Concertada

4. ¿En qué etapa escolar?

- a. Educación Infantil 0 - 6 años
- b. Educación Primaria 6 - 12 años

- c. Educación Secundaria 12 - 18 años

5. Por favor, indique la provincia y la localidad en la que desarrolla su trabajo

6. Experiencia profesional

- a. Menos de 1 año
- b. 1-10 años
- c. 11-20 años
- d. 21-30 años
- e. más de 30 años

7. A la rotura de una pieza dental tras sufrir un traumatismo se la conoce como:

- a. Avulsión dentaria
- b. Fractura dentaria**
- c. Infección dentaria
- d. Contusión dentaria
- e. No sabe / No Contesta

8. Al problema por el cual un diente se sale completamente de su sitio tras sufrir un fuerte golpe en la boca se le conoce como:

- a. Avulsión dentaria**
- b. Fractura dentaria
- c. Infección dentaria
- d. Contusión dentaria
- e. No sabe / No Contesta

9. Si el diente está roto, ¿se puede volver a unir la parte rota?

- a. Solo si es definitivo**
- b. A veces
- c. Sí
- d. No
- e. No sabe/ No contesta

10. Si el diente se ha salido completamente de su sitio, ¿se puede volver a colocar en su lugar?

- a. **Sí, siempre que se trate de un diente permanente.**
- b. Sí, siempre que se trate de un diente de leche.
- c. Sí, en cualquier caso.
- d. No.
- e. No sabe / No Contesta.

11. En caso que un alumno o alumna tenga un accidente en el cual estén implicados los dientes, ¿mira la boca para verificar si hay heridas dentro de la mucosa, encía, lengua?

- a. **Sí, y además anoto la hora en la que ha ocurrido el accidente.**
- b. Sí, solo en aquellos casos en los que observe sangre.
- c. No, lo llevaría rápidamente a urgencias.
- d. Le daría a beber agua para limpiar la sangre.
- e. No, no le daría importancia.

12. Si el diente está roto, ¿debe buscarlo en el lugar del accidente?

- a. Sí.
- b. **Solo, si es definitivo.**
- c. Solo si es de leche para ponerlo al ratón Pérez.
- d. No, porque no creo que sirva.
- e. No sabe / No Contesta.

13. Si se ha salido completamente de su sitio, ¿debe buscarlo en el lugar del accidente?

- a. **Solo si es definitivo.**
- b. Sí.
- c. Solo si es de leche para ponerlo al ratón Pérez.
- d. No, porque no creo que sirva.
- e. No sabe / No Contesta.

14. En caso de que usted encuentre el diente, ¿debe limpiarlo?

- a. **Nunca limpiaría la raíz**
- b. Lo lavaría con agua diez segundos.
- c. Está prohibido limpiarlo.
- d. Lo lavaría con alcohol 5 segundos.
- e. Lo lavaría utilizando un cepillo 30 segundos.

15. En caso de que usted encuentre el diente definitivo, ¿se siente capaz de reimplantarlo?

- a. **Si.**
- b. No, nunca.
- c. Solo a veces.
- d. Buscaría personal sanitario del colegio para que lo hiciera.
- e. No sabe/ No contesta.

16. Si usted tiene el diente, ¿cómo lo transportaría?

- a. **En un recipiente con leche.**
- b. En un recipiente con suero fisiológico.
- c. En la boca del niño/a.
- d. En un recipiente con agua.
- e. En papel higiénico o un pañuelo limpio.

17. Si a un alumno/a se le rompe o se le sale un diente a causa de un fuerte golpe en la boca, ¿cuál es el primer lugar donde buscaría ayuda?

- a. **Dentista especialista en niños (Odontopediatra).**
- b. Dentista.
- c. Centro de Salud o Atención Primaria.
- d. Urgencias.
- e. No sabe / No Contesta.

18. ¿Cuál es el tiempo que usted considera idóneo para buscar atención médica ante un caso de traumatismo dental?

- a. Menos de media hora.
- b. En una hora.
- c. Es suficiente con hacerlo dentro de las primeras 2 horas.
- d. Dentro de las primeras 24 hora.
- e. No importa el tiempo.

19. ¿Alguna vez ha sufrido un traumatismo dental?

- a. Sí
- b. No

20. ¿Alguna vez ha asistido a un alumno o alumna tras un traumatismo dental?

- a. Sí
- b. No

21. ¿Alguna vez ha sido formado en primeros auxilios?

- a. Sí
- b. No

22. ¿Alguna vez ha sido formado en primeros auxilios dentales?

- a. Sí
- b. No

23. Por qué medios se ha informado. Marque los más importantes.

- a. Cursos de formación.
- b. Internet.
- c. Televisión.
- d. Redes Sociales.
- e. Folleto informativo.

24. Cree que tiene suficiente formación para atender un traumatismo dental

- a. Sí
- b. No

25. ¿Cree usted que es habitual el uso de protectores bucales durante las actividades deportivas entre sus alumnos y alumnas?.

- a. Sí
- b. No

IV. ANEXO (Datos de dominio público)

Fecha	Nombre del Centro	Correo electrónico	Teléfono
22.04.2020	C.E.I.P CECILIO FUENTES DE LA FUENTE	41000028.edu@juntadeandalucia.es	955889900
22.04.2020	COLEGIO BORBOLLA	41004514.edu@juntadeandalucia.es	
22.04.2020	C.E.I.P SAN SEBASTIAN	41008891.edu@juntadeandalucia.es	955623335
22.04.2020	C.E.I.P SANTA TERESA	41000031.edu@juntadeandalucia.es	955622882
22.04.2020	C.E.I.P ALCALDE JOAQUÍN GARCÍA	41000296.edu@juntadeandalucia.es	955622736
22.04.2020	C.E.I.P ANGELES MARTÍN MATEOS	41000181.edu@juntadeandalucia.es	955623285
22.04.2020	C.E.I.P ANTONIO MACHADO	41000156.edu@juntadeandalucia.es	955622665
22.04.2020	C.E.I.P ANTONIO RODRÍGUEZ ALMODÓVAR	41018860.edu@juntadeandalucia.es	671591475
22.04.2020	BLAS INFANTE	416022119.edu@juntadeandalucia.es	955622130
22.04.2020	CERVANTES	41000065.edu@juntadeandalucia.es	955622348
22.04.2020	CONCEPCIÓN VÁZQUEZ	41000077.edu@juntadeandalucia.es	955622369
22.04.2020	FEDERICO GARCÍA LORCA	41009470.edu@juntadeandalucia.es	955622299
22.04.2020	HERMELINDA NÚÑEZ	41000107.edu@juntadeandalucia.es	955622520
22.04.2020	C.E.I.P. JOSÉ RAMÓN	41000119.edu@juntadeandalucia.es	955622521
22.04.2020	C.E.I.P. LOS CERCADILLOS	41017132.edu@juntadeandalucia.es	671597130
22.04.2020	C.E.I.P. MANUEL ALONSO	41000120.edu@juntadeandalucia.es	955622501
22.04.2020	C.E.I.P. OROMANA	41017144.edu@juntadeandalucia.es	955512026
22.04.2020	C.E.I.P. PEDRO GUTIÉRREZ	41000132.edu@juntadeandalucia.es	955622524
22.04.2020	C.E.I.P. POETA RAFAEL ALBERTI	41602260.edu@juntadeandalucia.es	955623303
22.04.2020	C.E.I.P. PUERTA DE ALCALÁ	41011403.edu@juntadeandalucia.es	955624512
22.04.2020	C.E.I.P. REINA FABIOLA	41000168.edu@juntadeandalucia.es	955622685
22.04.2020	C.E.I.P. SAN MATEO	41000171.edu@juntadeandalucia.es	955622690
22.04.2020	C.E.I.P. SILOS	41601841.edu@juntadeandalucia.es	955622738
22.04.2020	C.E.M. MANUEL GARCÍA MATOS	41700804.edu@juntadeandalucia.es	955623377
22.04.2020	I.E.S. ALBERO	41700105.edu@juntadeandalucia.es	955622292
22.04.2020	I.E.S. AL-GUADAIRA	41000284.edu@juntadeandalucia.es	955622641
22.04.2020	I.E.S. CRISTÓBAL DE MONROY	41000272.edu@juntadeandalucia.es	954100911

22.04.2020	I.E.S. DOÑA LEONOR DE GUZMÁN	41701547.edu@juntadeandalucia.es	955623312
22.04.2020	I.E.S. PROFESOR TIERNO GALVÁN	41011014.edu@juntadeandalucia.es	670946184
22.04.2020	C.E.I.P. MAESTRO RAFAEL BRAVO MARTÍN	41000338.edu@juntadeandalucia.es	955622298
22.04.2020	C.E.I.P. MIGUEL DE CERVANTES	41000405.edu@juntadeandalucia.es	955649736
22.04.2020	C.E.I.P. ANDALUCÍA FRANCISCO SORIA	41000466.edu@juntadeandalucia.es	955859538
22.04.2020	C.E.I.P. HUERTA DEL PILAR	41000478.edu@juntadeandalucia.es	955739700
22.04.2020	C.E.I.P. EL OLIVO	41008908.edu@juntadeandalucia.es	955656601
22.04.2020	C.E.I.P. EL RUEDO	41000521.edu@juntadeandalucia.es	955967860
22.04.2020	C.E.I.P. CRUZ BLANCA	41601413.edu@juntadeandalucia.es	955739900
22.04.2020	C.E.I.P. NTRA. SRA. DE LAS NIEVES	41000648.edu@juntadeandalucia.es	955622117
22.04.2020	C.E.I.P. BEATRIZ GALINDO	41011452.edu@juntadeandalucia.es	955624284
23.04.2020	IES PROFESOR TIERNO GALVAN	direccionptg@gmail.com	670946184
23.04.2020	IES LA CAMPIÑA	41000569.edu@juntadeandalucia.es	671565322
23.04.2020	CEIP PÍO XII		671530266
23.04.2020	C.E.I.P. MAESTRO JOSÉ PÁEZ MORIANA	41000016.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	C.E.I.P. VIRGEN DEL MONTE	41001239.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	I.E.S. EL CARMEN	41700865.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	C.E.I.P. LA MILAGROSA	41001793.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	I.E.S. SAN FERNANDO	41702072.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	C.E.I.P. SAN ISIDRO LABRADOR	41010563.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	C.E.I.P. ANDRÉS MARTÍNEZ DE LEÓN	41011488.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	C.E.I.P. CERRO DE SAN JUAN	41001392.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	C.E.I.P. JOSEFA NAVARRO ZAMORA	41001379.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	C.E.I.P. MAESTRO MANUEL GÓMEZ	41008933.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	C.E.I.P. VICENTE NERIA SERRANO	41001495.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	C.E.I.P. IRIPPO	41001525.edu@juntadeandalucia.es	
23.04.2020	C.E.I.P. ASTIGI	41001811.edu@juntadeandalucia.es	
24.04.2020	CEIP SAN ISIDRO	41000399.edu@juntadeandalucia.es	671566131
29.04.2020	IES CANTILLANA	41701158.edu@juntadeandalucia.es	600141429
29.04.2020	CEIP EL MADROÑO	41002554.edu@juntadeandalucia.es	671592142

29.04.2020	IES TORRE DEL ÁGUILA	41701936.ede@juntadeandalucia.es	671538330
29.04.2020	CEIP CERVANTES	41003273.edu@juntadeandalucia.es	
29.04.2020	CEIP ALCALDE LEONARIOS	41008091.edu@juntadeandalucia.es	671536034
29.04.2020	IES OSTIPPO	41002013.edu@juntadeandalucia.es	600142317
29.04.2020	CEIP MAESTRO ANTONIO REYES LARA	41011683.edu@juntadeandalucia.es	671539087
29.04.2020	IES EL MOLINILLO	41701262.edu@juntadeandalucia.es	
29.04.2020	IES TORRE DE LOS GUZMANES	41700968.edu@juntadeandalucia.es	671539106
29.04.2020	IES PABLO DE OLAVIDE	41702114.edu@juntadeandalucia.es	671538720
29.04.2020	CEIP LA UNIÓN	41017171.edu@juntadeandalucia.es	697953004
29.04.2020	IES DELGADO BRACKEMBURY	41700889.edu@juntadeandalucia.es	671538212
29.04.2020	IES AXATI	41002451.edu@juntadeandalucia.es	671538145
29.04.2020	IES MAESTRO FRANCISCO GALLARDO	41700750.edu@juntadeandalucia.es	671535621
29.04.2020	IES MAESTRO FRANCISCO RIVERO	41701912.edu@juntadeandalucia.es	600161390
29.04.2020	CEIP ISABEL RODRIGUEZ NAVARRO	41017168.edu@juntadeandalucia.es	600141352
29.04.2020	CEIP MALALA	41018151.edu@juntadeandalucia.es	671561842
29.04.2020	IES HIPATIA	41011713.edu@juntadeandalucia.es	671566189
29.04.2020	IES JOSE SARAMAGO	41701900.edu@juntadeandalucia.es	671565810
29.04.2020	CEIP MARIA AUXILIADORA	41002888.edu@juntadeandalucia.es	671534438
29.04.2020	CEIP AGORA	41018896.edu@juntadeandalucia.es	677982668
29.04.2020	IES PALOMARES	41017673.edu@juntadeandalucia.es	671592146
29.04.2020	IES CARLOS CANO	41701729.edu@juntadeandalucia.es	671536619
29.04.2020	CEIP MARIA AUXILIADORA	41601450.edu@juntadeandalucia.es	671596053
29.04.2020	CEIP NUESTRA SEÑORA DEL PATROCINIO	41009500.edu@juntadeandalucia.es	697952021
29.04.2020	CEIP MOSAICO	41012043.edu@juntadeandalucia.es	671592138
29.04.2020	IES ITALICA	41701419.edu@juntadeandalucia.es	671593868
29.04.2020	CEIP ARRAYANES	41010599.edu@juntadeandalucia.es	671565249
29.04.2020	CEIP EL MANANTIAL	41010964.edu@juntadeandalucia.es	600141 221
29.04.2020	CEIP MANUEL ALTOLAGUIRRE	41007229.edu@juntadeandalucia.es	600164512
29.04.2020	CEIP MIGUEL HERNÁNDEZ	41009093.edu@juntadeandalucia.es	671530030
29.04.2020	IES INMACULADA VIEIRA	41701420.edu@juntadeandalucia.es	658659782
29.04.2020	IES LLANES	41700117.edu@juntadeandalucia.es	671534960

29.04.2020	IES VICENTE ALEIXANDRE	41007357.edu@juntadeandalucia.es	671534470
29.04.2020	IES ITACA	41012225.edu@juntadeandalucia.es	600141272
29.04.2020	CEIP ARCU	41017193.edu@juntadeandalucia.es	671599921
29.04.2020	CEIP RODRIGO CARO	41007795.edu@juntadeandalucia.es	671565468
29.04.2020	IES AL - ISCAR	41701638.edu@juntadeandalucia.es	671599985
29.04.2020	CEIP ALPESA	41012365.edu@juntadeandalucia.es	600141725
02.05.2020	CEIP NUESTRA SEÑORA DE LA ANTIGUA	41000481.edu@juntadeandalucia.es	
03.05.2020	Colegio Cristo Rey Sevilla	colegio@crstoreysevilla.es	
03.05.2020	Colegio Sagrada Familia de Urgel	secretaria@safaursevilla.com	
03.05.2020	San Cayetano	hcsancayetano@hotmail.com	
03.05.2020	Sopeña Juan de vera	sevilla@sopenasevilla.org;rrhhsopena@sopenasevilla.org;	
03.05.2020	Sopeña San Pablo	sanpablo@sopenasevilla.org	
03.05.2020	Colegio Angela Guerrero	colegioangelaguerrero@gmail.com	
03.05.2020	Centro Beaterio de la Stsima Trinidad	secretaria.sevilla@centrosfest.net	
03.05.2020	Centro Bienaventurada Virgen María (Irlandesas Bami)	secretaria@irlandesasbami.org	
03.05.2020	Colegio Buen Pastor	secretaria@colegiobuenpastor.es	
03.05.2020	Colegio Montaigne (Compañía de María)	rosariomclauss@colegiomontaignesevilla.com	-
03.05.2020	Colegio Corpus Christi	toleza@colegiocorpuschristi.fundacionvictoriadiez.org	
03.05.2020	Colegio San Pelayo	secretaria@colegiosanpelayo.org	
03.05.2020	Sagrado Corazón de Jesús	direccion@colegiosagradocorazon.net	
03.05.2020	Salesianos Santísima Trinidad	info@salesianostrinidad.net	
04.05.2020	Centro Inmaculado Corazón de María Portaceli	portaceli@fundacionloyola.com	
04.05.2020	Colegio Itálica	secretaria@colegioitalica.es	
04.05.2020	Centro Juan Nepomuceno Rojas	direccion@jesuitinas-sevilla.es	
04.05.2020	Centro La Providencia	sevillaprovidencia@jesus-maria.net	
04.05.2020	Centro La Salle Felipe benito	secretariafelipebenito@lasalleandalucia.net	
04.05.2020	Centro La Salle La Purísima	secretariapurisima@lasalleandalucia.net	
04.05.2020	Centro Luisa de Marillac	secretaria@cevluisademarillacsevilla.es	
04.05.2020	Centro Maria Inmaculada	secretaria@mariaimaculadasevilla.es	
04.05.2020	Colegio Maria Madre de la Iglesia	isabel@colegiommi.es	

04.05.2020	Centro Nuestra Señora de La Merced	info@colegiomercedariasevilla.com	
04.05.2020	Centro Nuestra Señora de Andevalo	contacto@colegiodeandevalo.es	
04.05.2020	Centro Nuestra Señora de Loreto	recepcion@irlandesasloreto.org	
06.05.2020	Centro Nuestra Señora del Rosario	direccion@cevnrosarioesur.es ;	
06.05.2020	Centro OSCUS	sevilla@sopenasevilla.org ;	
06.05.2020	Centro Protectorado de la Infancia	direccion.proinfancia@hijascaridad.com	640265563
06.05.2020	Centro Religiosas Calasancias	secretaria@calasancias-sevilla.es ;	
06.05.2020	Colegio Sagrada Familia Carmelitas	a través de formulario web	
06.05.2020	Centro Salesianos de San Pedro - Triana	direcciontitular.sevillatri@salesianos.edu	
06.05.2020	Centro San Agustín	csasevilla@csasevilla.org	
06.05.2020	Claret	secretaria@claretsevilla.org	
06.05.2020	Centro San José Mercedarias	secretaria@sanjosemercedarias.es	
06.05.2020	Centro San José de Cluny	jldelrio@archisevilla.org	
06.05.2020	Centro San José Sagrados Corazones	secretaria@sscc.es	
06.05.2020	Colegio San Miguel Adoratrices	colegio@sanmigueladoratrices.com	678395654
06.05.2020	Centro Santa Ana	fmorales@santaanahcsasevillao365.educamos.com	
06.05.2020	Colegio Santa Isabel	naidaalfarosantaisabel@hotmail.com	616475313
06.05.2020	Centro Santa Joaquina de Vedruna	vedrunasevilla@vedrunasevilla.es	
06.05.2020	Colegio Santa María de los Reyes	sandra.molina@fesofiabarar.es ;	
06.05.2020	Centro Santo Angel de la Guarda	secretaria@santoangelsevilla.es ;	
06.05.2020	Centro Virgen Milagrosa	direccion.cvm@cevmilagrosaesur.es	
06.05.2020	Colegio Maria Auxiliadora	porteriasanvicente@salesianas.org ;	
06.05.2020	Escuelas Salesianas Maria Auxiliadora	nervion@salesianas.org ;	
06.05.2020	Centro Academia Ripolles	ripolles@academiaripolles.com	
06.05.2020	Ada ITS	info@adaits.es	627706104
06.05.2020	Albaydar	info@albaydar.org	
06.05.2020	Altair	info@altair.edu.es ; secretaria@altair.edu.es	
06.05.2020	Centro Antonio Machado	cam@guiomar.es	
06.05.2020	Centro Arboleda	secretaria@colegioarboleda.es ;	
06.05.2020	Centro Calderón de la Barca	info@colegiocalderondelabarca.es	
06.05.2020	Escuela Infantil Pinocho	eipinochosevilla@gmail.com	

06.05.2020	Centro FP Gorca	gorca@aces-andalucia.org	
06.05.2020	Centro Bilingüe Lope de Vega	secretaria@lopedevega.net	682129742
06.05.2020	Colegio Pablo Montesino	montesin@aces-andalucia.org	
06.05.2020	Escuela Infantil Pino Montano	escuelainfantil_pinomontano@msn.com	635216516
06.05.2020	Centro Pontífice Pablo VI	director@pontificepablovi.com	
06.05.2020	Centro Ribamar	ribamar@ribamar.org ; secretaria@ribamar.org	
06.05.2020	Centro Ruemy	info@colegioruemy.es ; secretaria@colegioruemy.es	
06.05.2020	Maristas San Fernando	direccionsevilla@maristasmediterranea.com	
06.05.2020	Centro San Francisco Solano	sanfranciscosolano@gmail.com	
06.05.2020	San Francisco de Paula	sfpaula@sfpaula.com ; secretaria@sfpaula.com	
06.05.2020	Centro San Juan Bosco	secretaria@colegiosanjuanbosco.es	
06.05.2020	Colegio de San Miguel	sanmiguel1930@hotmail.com	
06.05.2020	Colegio Tabladilla	tabladilla@fomento.edu	
06.05.2020	Escuela Mercantil de Sevilla	escuela@escuelamercantil.com	
06.05.2020	Escuelas Profesionales de la Sagrada Familia	safadc@safa.edu ; secretaria@safa.edu ;	

V. ANEXO

EXPERIENCIA PERSONAL EN TRAUMATISMO DENTAL

¿Alguna vez ha sufrido un traumatismo dental?			¿Alguna vez ha asistido a un alumno tras un traumatismo dental?		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
No	351	79,4	No	295	66,7
Sí	91	20,6	Sí	147	33,3
Total	442	100	Total	442	100

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA DEFINICIÓN DE FRACTURA DENTARIA

A la rotura de una pieza dental tras sufrir un traumatismo se la conoce como:		
	Frecuencia	Porcentaje
Avulsión dentaria	7	1,6
Contusión dentaria	29	6,6
Fractura dentaria	309	69,9
No sabe / No Contesta	97	21,9
Total	442	100

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA DEFINICIÓN DE AVULSIÓN DENTARIA

Al problema por el cual un diente se sale completamente de su sitio tras sufrir un fuerte golpe en la boca se le conoce como:		
	Frecuencia	Porcentaje
Avulsión dentaria	233	52,7
Contusión dentaria	42	9,5
Fractura dentaria	12	2,7
No sabe / No Contesta	155	35,1
Total	442	100

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SI UN DIENTE AVULSIONADO SE PUEDE VOLVER A COLOCAR

Si el diente se ha salido completamente de su sitio, ¿se puede volver a colocar en su lugar?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	125	28,3
No sabe / No Contesta	142	32,1
Sí, en cualquier caso	54	12,2
Sí, siempre que se trate de un diente de leche	7	1,6
Sí, siempre que se trate de un diente permanente	114	25,8
Total	442	100

NIVEL DE APTITUD RESPECTO A LA ACTUACIÓN ANTE UN ACCIDENTE EN EL CUAL ESTAN IMPLICADOS LOS DIENTES

En caso de que un alumno o alumna tenga un accidente en el cual estén implicados los dientes, ¿mira la boca para verificar si hay heridas dentro de la mucosa, encía o lengua ?

	Frecuencia	Porcentaje
Le daría de beber agua para limpiar la sangre	31	7
No, lo llevaría rápidamente a urgencias	48	10,9
No, no le daría importancia	2	0,5
Sí, solo en aquellos casos en los que observe sangre	109	24,7
Sí, y además anoto la hora en la que ha ocurrido el accidente	252	57
Total	442	100

NIVEL DE APTITUD RESPECTO A LA BÚSQUEDA DE UN DIENTE ROTO

Si el diente está roto, ¿debe buscarlo en el lugar del accidente?

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe / No Contesta	55	12,4
No, porque no creo que sirva	76	17,2
Sí	257	58,1
Solo si es de leche para ponerlo al ratón Pérez	12	2,7
Solo si es definitivo	42	9,5
Total	442	100

NIVEL DE APTITUD RESPECTO A LA BÚSQUEDA DE UN DIENTE AVULSIONADO

Si se ha salido completamente de su sitio, ¿debe buscarlo en el lugar del accidente?

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe / No Contesta.	57	12,9
No, porque no creo que sirva.	39	8,8
Sí	263	59,5
Solo si es de leche para ponerlo al ratón Pérez.	19	4,3
Solo si es definitivo	64	14,5
Total	442	100

NIVEL DE APTITUD RESPECTO A LA LIMPIEZA DE UN DIENTE AVULSIONADO

En caso de que usted encuentre el diente, ¿debe limpiarlo?		
	Frecuencia	Porcentaje
Está prohibido limpiarlo.	63	14,3
Lo lavaría con agua diez segundos.	186	42,1
Lo lavaría con alcohol 5 segundos.	17	3,8
Lo lavaría utilizando un cepillo 30 segundos.	9	2
Nunca limpiaría la raíz	167	37,8
Total	442	100

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APTITUD SEGÚN LOS AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

		Experiencia profesional					Total	
		< 1 año	1-10 años	11-20 años	21-30 años	> 30 años		
Nivel de Conocimiento y Aptitud	Bajo	Recuento	5	111	152	64	59	391
	%	71,40%	93,30%	85,90%	91,40%	85,50%	88,50%	
Medio	Recuento	2	8	25	6	10	51	
	%	28,60%	6,70%	14,10%	8,60%	14,50%	11,50%	
Total		Recuento	7	119	177	70	69	442
		%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

V de Cramer = 0,133

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APTITUD SEGÚN EL NIVEL DE ENSEÑANZA

		¿En qué etapa escolar?			Total	
		Ed. Infantil	Ed. Primaria	Ed. Secundaria		
Nivel de Conocimiento y Aptitud	Bajo	Recuento	106	174	111	391
	%	89,80%	90,20%	84,70%	88,50%	
Medio	Recuento	12	19	20	51	
	%	10,20%	9,80%	15,30%	11,50%	
Total		Recuento	118	193	131	442
		%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

V de Cramer = 0,28

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APTITUD SEGÚN SI HA SUFRIDO UN TRAUMA DENTAL PROPIO

		TD Propio		Total	
		No	Sí		
Nivel de Conocimiento y Aptitud	Bajo	Recuento	312	79	391
		%	88,90%	86,80%	88,50%
	Medio	Recuento	39	12	51
		%	11,10%	13,20%	11,50%
Total		Recuento	351	91	442
		%	100,00%	100,00%	100,00%

V de Cramer = 0,581

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APTITUD SEGÚN SI HA ASISTIDO A UN ALUMNO EN UN TRAUMA DENTAL

		TD Alumno		Total	
		No	Sí		
Nivel de Conocimiento y Aptitud	Bajo	Recuento	261	130	391
		%	88,50%	88,40%	88,50%
	Medio	Recuento	34	17	51
		%	11,50%	11,60%	11,50%
Total		Recuento	295	147	442
		%	100,00%	100,00%	100,00%

V de Cramer = 0,99

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APTITUD SEGÚN SI HA RECIBIDO FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS

		Formacion P.Aux		Total	
		No	Sí		
Nivel de Conocimiento y Aptitud	Bajo	Recuento	52	339	391
		%	91,20%	88,10%	88,50%
	Medio	Recuento	5	46	51
		%	8,80%	11,90%	11,50%
Total		Recuento	57	385	442
		%	100,00%	100,00%	100,00%

V de Cramer = 0,484

VI. ANEXO

USO DE PROTECTOR BUCAL EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA

¿Es habitual el uso de protectores bucales durante las actividades deportivas?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	404	91,4
Sí	38	8,6
Total	442	100

VII. ANEXO

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APTITUD SEGÚN LA TITULARIDAD DE CENTRO EDUCATIVO.

		Titularidad del Centro			Total	
		Concertada	Privada	Pública		
Nivel de Conocimiento y Aptitud	Bajo	Recuento	68	21	302	391
		% dentro de Titul.	85,00%	87,50%	89,30%	88,50%
	Medio	Recuento	12	3	36	51
		% dentro de Titul.	15,00%	12,50%	10,70%	11,50%
Total		Recuento	80	24	338	442
		% dentro de Titul.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

VIII. ANEXO

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SI UN DIENTE ROTO SE PUEDE VOLVER A UNIR

Si el diente está roto, ¿se puede volver a unir la parte rota?		
	Frecuencia	Porcentaje
A veces	150	33,9
No	139	31,4
No sabe/ No contesta	79	17,9
Sí	43	9,7
Solo si es definitivo	31	7
Total	442	100

IX. ANEXO

NIVEL DE APTITUD RESPECTO AL TIEMPO QUE CONSIDERA IDÓNEO PARA LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Cuál es el tiempo que usted considera idóneo para buscar atención médica ante un caso de traumatismo dental?		
	Frecuencia	Porcentaje
Dentro de las primeras 24 horas	39	8,8
En una hora	88	19,9
Es suficiente con hacerlo dentro de las primeras 2 horas	73	16,5
Menos de media hora	239	54,1
No importa el tiempo	3	0,7
Total	442	100