

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**PREVALENCIA DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE CAVIDAD BUCAL EN
ADULTOS QUE PRACTICAN ARTES MARCIALES MIXTAS DE LA
ACADEMIA “FIGHT CLUB CARABOBO” EN EL SEGUNDO TRIMESTRE
DEL AÑO 2017.**

Autores:

Luyando P. Carlos A.

Aranda P. Gabriel E.

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**PREVALENCIA DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE CAVIDAD BUCAL EN
ADULTOS QUE PRACTICAN ARTES MARCIALES MIXTAS DE LA
ACADEMIA “FIGHT CLUB CARABOBO” EN EL SEGUNDO TRIMESTRE
DEL AÑO 2017.**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo.

Autores:

Luyando P. Carlos A.

Aranda P. Gabriel E.

Tutora: Erika Mota

SAN DIEGO, NOVIEMBRE 2017



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

Título Del Trabajo: Prevalencia de Lesiones Traumáticas de cavidad bucal en adultos que practican artes marciales mixtas de la academia Fight Club Carabobo en el segundo trimestre del año 2017

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. **23411511**

Gabriel Enrique Aranda Palmieri

2. **24300436**

Carlos Arturo Luvando Pérez

Tutor Propuesto: **Erika Ana Cecilia Mota**

Firma: 

Cédula de Identidad N° **11812561**

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO


Firma



10/10/17
Fecha



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA


PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Aranda Palmieri	Gabriel Enrique	23411511
Dirección: Edo Carabobo, Guacara, Ciudad Alianza, 1ra Etapa, calle La Viña, Casa#309		Teléfono: 0424 4225609
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Indice Académico	14,82
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Gabriel Enrique Aranda Palmieri	Teléfono: 0424 4225609
Título Del Trabajo: Prevalencia de Lesiones Traumáticas de cavidad bucal en adultos que practican artes marciales mixtas de la academia Fight Club Carabobo en el segundo trimestre del año 2017		
Breve Explicación: Lesiones traumáticas a nivel bucal en adultos jóvenes que practican artes marciales mixtas		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Academia Fight Club Carabobo		
Tiempo De Desarrollo: 12 semanas		
Tutor Académico Propuesto: Erika Ana Cecilia Mota Quintero		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

<u>Heylun Ollanes</u> NOMBRE	<u>[Firma]</u> FIRMA	<u>19/10/17</u> FECHA
<u>Rodrigo pro</u> NOMBRE	<u>[Firma]</u> FIRMA	<u>25/10/17</u> FECHA





**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**


PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Luyando Pérez	Carlos Arturo	24300436
Dirección: Edo Carabobo, Valencia Urbanización Los Caobos, Residencia Guacamaya, Torre 2, Apartamento 28		Teléfono: 0414 4826198
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Índice Académico	11,43
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Carlos Arturo Luyando Pérez	Teléfono: 0414 4826198
Título Del Trabajo: Prevalencia de Lesiones Traumáticas de cavidad bucal en adultos que practican artes marciales mixtas de la academia Fight Club Carabobo en el segundo trimestre del año 2017		
Breve Explicación: Lesiones traumáticas a nivel bucal en adultos jóvenes que practican artes marciales mixtas		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Academia Fight Club Carabobo		
Tiempo De Desarrollo: 12 semanas		
Tutor Académico Propuesto: Erika Ana Cecilia Mota Quintero		

APROBADO: ✓ NO APROBADO: _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

<u>Heylen Ollarues</u>	<u>[Firma]</u>	<u>19/10/17</u>
NOMBRE	FIRMA	FECHA
<u>Rodolfo ro</u>	<u>[Firma]</u>	<u>29/10/17</u>
NOMBRE	FIRMA	FECHA





ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Erika Ana Cecilia Mota Quintero, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 11812561, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Gabriel Enrique Aranda Palmieri, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 23.411.511, titulado "Prevalencia de Lesiones Traumáticas de cavidad bucal en adultos que practican artes marciales mixtas de la academia Fight Club Carabobo en el segundo trimestre del año 2017" presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 17 días del mes de Octubre del año dos mil diecisiete.

(firma autógrafa)

Nombres y apellidos

C.I. 11812561



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Erika Ana Cecilia Mota Quintero, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 11812561, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Carlos Arturo Luyando Pérez, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 24300436, titulado "Prevalencia de Lesiones Traumáticas de cavidad bucal en adultos que practican artes marciales mixtas de la academia Fight Club Carabobo en el segundo trimestre del año 2017" presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 17 días del mes de Octubre del año dos mil diecisiete.

(firma autógrafa)

Nombres y apellidos

C.I. 11812561



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "Prevalencia de lesiones traumáticas de cavidad bucal en adultos que practican artes marciales mixtas de la academia Fight Club Carabobo en el segundo trimestre del año 2017", realizado por Aranda Palmieri Gabriel Enrique C.I. 23.411.511 Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: DIECINUEVE (19) PUNTOS.

Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Erika Mota
C.I.: 11.812.561

Jurado
Nombre: Maribel Gómez
C.I.: 9.831.805

Jurado
Nombre: Sinai Rodríguez
C.I.: 22.004.151

Fecha: 06/11/2017



DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

El sacrificio y esfuerzo personal son fundamentales, insustituibles a la hora de conseguir los objetivos que nos trazamos en la vida, pero siempre es bueno encomendar todos esos esfuerzos a Dios. Sólo Él puede conseguir que el camino se haga más claro cuando más difícil veamos una situación.

A mis padres gracias por su apoyo, en especial a mi madre, llegar hasta aquí no hubiera sido posible sin ella, gracias infinitamente.

A mi hermana gracias por estar en esos momentos de debilidad y darme fortaleza.

A mi Familia todos mis logros serán para ustedes gracias infinitas.

A mis Compañeros en especial a Mariangela Pimentel, Eliamka Guedez, Mariangelica Zabala, Jesús Marín y Alexis Millán, sin ustedes no hubiera sido lo mismo, un honor llamarlos colegas, gracias.

A mis Amigos Ligia Elena niño y Mónica Villamizar, gracias por siempre estar para mí.

A mi casa de estudio UJAP, un orgullo ser Ujapista.

A mis profesores, en especial a Martha Fermín, Alfredo Salas y Erika Mota, gracias por sus enseñanzas fuera y dentro de la institución.

Carlos A. Luyando P.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mis padres, especialmente a mi madre por haber estado a mi lado en cada momento, por haber esperado afuera de cada una de esas largas guardias clínicas, gracias por ese apoyo incondicional, por esos consejos, por esas palabras que me dieron ánimo y aliento cuando parecía difícil seguir caminando hacia adelante.

A mi familia, especialmente a mi abuela y tíos, todo logro es gracias a ustedes, gracias por haber sido mis pilares en mi vida estudiantil.

A Jorge Aranda, en paz descansa, único tío paterno quien me abrió las puertas para conocer lo preciosa que es la odontología, espero que este orgulloso mirando este logro desde el cielo.

A mi tutora, profesora y amiga, Erika Mota, mi segunda madre, una de las personas más especiales e importante que conocí en esta etapa, gracias por tus enseñanzas y el cariño que me brindaste desde que entraste en mi vida.

A la UJAP y sus docentes, por brindarme todos esos conocimientos en mi formación académica.

Gabriel E. Aranda P.

INDICE

RESUMEN INFORMATIVO	pp. xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento	del
Problema.....	19
1.1.1 Formulación del Problema.....	19
1.2 Objetivos de la Investigación.....	20
1.2.1 Objetivo General.....	20
1.2.2 Objetivos Específicos.....	20
1.3 Justificación de la Investigación.....	20
1.4 Alcance de la investigación.....	21
1.5 Limitaciones de la investigación.....	22
II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	23
2.2 Bases Teóricas.....	23
2.3 Definición de términos básicos.....	56
III MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de Investigación.....	59
3.2 Diseño de Investigación.....	59
3.3 Población.....	61
3.4 Muestra.....	61
3.5 Técnicas de Recolección de Datos.....	62
3.6 Técnicas de análisis de los datos.....	62
IV ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
4.1 Presentación de Resultados.....	63
4.2 Interpretación de Resultados.....	64
Conclusiones.....	
Recomendaciones.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	75

LISTA DE GRÁFICOS

	pp.
GRÁFICO N° 1	65
GRÁFICO N° 2	66
GRÁFICO N° 3	67
GRÁFICO N° 4	68
GRÁFICO N° 5	69
GRÁFICO N° 6	70

LISTA DE FIGURAS

	pp.
FIGURA N° 2.1	29
FIGURA N° 2.2	29
FIGURA N° 2.3	32
FIGURA N° 2.4	34
FIGURA N° 2.5	35
FIGURA N° 2.6	36
FIGURA N° 2.6.1	37
FIGURA N° 2.6.2	37
FIGURA N° 2.6.3	38
FIGURA N° 2.6.4	38
FIGURA N° 2.7	39
FIGURA N° 2.8	40
FIGURA N° 2.9	41
FIGURA N° 2.10	42
FIGURA N° 2.11	42
FIGURA N° 2.12	43
FIGURA N° 2.13	44
FIGURA N° 2.14	49
FIGURA N° 2.15	50
FIGURA N° 2.16	51

LISTA DE TABLAS

	pp.
TABLA N°1.....	76



UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PREVALENCIA DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE CAVIDAD BUCAL EN
ADULTOS QUE PRACTICAN ARTES MARCIALES MIXTAS DE LA
ACADEMIA “FIGHT CLUB CARABOBO” EN EL SEGUNDO TRIMESTRE
DEL AÑO 2017.**

Autores: Br. Luyando Carlos CI: 24.300.436

Autor: Br. Aranda Gabriel CI: 23.411.511

Tutor: Erika Mota.

Fecha: Noviembre, 2017.

RESUMEN INFORMATIVO

El estilo de vida actual ha favorecido el aumento de la participación en el deporte lo que conlleva un aumento de traumatismos y, de forma importante, los producidos en la cabeza. En algunos deportes los jugadores usan su cabeza como área primordial de impacto como cuando se cabecea el balón en el fútbol y esto facilita la afectación de esta zona. Generalmente se asocian los traumatismos craneofaciales con los "deportes de contacto" como lo es las artes marciales mixtas es por tal motivo que la presente investigación tiene como objetivo general “prevalencia de lesiones traumáticas de cavidad bucal en adultos que practican artes marciales mixtas de la academia “Fight Club Carabobo” en el segundo trimestre del año 2017”. El cual parte de los conocimientos referentes a las lesiones traumáticas su clasificación y terapia operatoria, pero también se buscara indagar en la prevención y cuidados que se deben tomar luego de experimentar una lesión traumática. El estudio estuvo enmarcado en el tipo y diseño de campo y descriptivo, contando con una población de 30 practicantes de artes marciales mixtas que fueron interrogados y observados conforme al instrumento de recolección de datos. La investigación arrojó como resultado las lesiones de mayor prevalencia presentes entre los practicantes, los cuales fueron todos practicantes de las artes marciales mixtas.

Descriptor: lesiones dentales bucofaciales, artes marciales mixtas y prevalencia.

INTRODUCCIÓN

Lo importante que resulta la salud bucal para mantener un rendimiento deportivo óptimo, en un tema presente en los deportistas y que cada día evoluciona. A partir de aquí no podemos ignorar que todo deporte implica acción y, por tanto, cierto riesgo. Y eso que los traumatismos causados por el deporte y, en su caso, de cómo prevenirlos. Son el tema de abordaje de esta investigación que será llevada a cabo en adultos que practican artes marciales mixtas de la academia “Fight Club Carabobo”

Por lo que se refiere a odontología, las causas más frecuentes de traumatismos bucales tienen que ver con caídas y golpes. Y unas y otros serán más frecuentes o intensos según el tipo de deporte que se practique. Atendiendo a esto podemos clasificar los deportes en diversas categorías según sean: De Contacto: desde el hockey sobre hielo y el boxeo a las artes marciales o el rugby, por ejemplo. De contacto ocasional: aquí se engloban aquéllos deportes en los que el objetivo no es abatir al contrario pero donde puede haber encontronazos que, en ocasiones, conllevan lesiones odontológicas. Fútbol, baloncesto. Sin contacto: Se trata de deportes donde los impactos en la boca serían ya fruto de eventos fortuitos : tenis, golf, gimnasia, atletismo, natación.

Evidentemente, los deportes donde el contacto es más fuerte son los que tienen posibilidad de generar traumatismos más frecuentes y, también, más severos. En cualquier caso, las lesiones más frecuentes tienen que ver con fracturas y luxaciones y los dientes que más sufren son los incisivos centrales y laterales superiores, y los centrales inferiores.

También podemos, en términos generales, agrupar los traumatismos dentales en diversos tipos, según la gravedad que revistan. Estos serían daños que afectan a los dientes o al periodonto -el tejido sobre el que se asientan-, pero los daños por contacto también pueden producir lesiones en labios y huesos maxilares o mandibulares. Por otro lado, hay que pensar que nuestra propia morfología nos puede

hacer más propensos a sufrir lesiones bucales cuando practicamos un deporte. Pensemos, por ejemplo, en personas en con resalte de los incisivos superiores o sobremordida. Un golpe que para una persona con la boca en condiciones óptimas puede ser algo normal, para una persona propensa puede significar un traumatismo más serio.

Por lo demás, existen también protectores pensados para minimizar el efecto de los impactos. Las mejores, sin duda, son las prótesis hechas a medida. Se trata de prótesis confeccionadas con materiales muy flexibles y resistentes y que permiten hablar y respirar sin dificultad e incluso se adecuan al deporte que se practica. Por eso son prótesis que deben estar elaboradas y fabricadas a partir de un estudio odontológico personalizado.

El trabajo de investigación está dividido en cuatro capítulos en el capítulo I, Se estudian las lesiones traumáticas con el fin de dar a conocerlas y planteando el problema de las mismas en la población de practicantes de las artes marciales mixtas. La tesis se plantea un diagnóstico de la necesidad para adquisición de conocimientos y deja tácticamente establecida la interrogante.

EL capítulo II, en un marco teórico desde el que se desarrolla la investigación y se estructura en una serie de partes llenas de conocimiento comprendidas por antecedentes, bases teóricas y las variables que soportan el estudio planteado de forma que esto hace posible la verificación y alcance de las conclusiones.

El capítulo III, establece el marco metodológico de la investigación definiendo la naturaleza del estudio, la población y muestra, recolectados los datos, para la obtención de resultados que nos permitirán sustentar la necesidad por ausencia de conocimiento y nuestra problemática.

El capítulo IV, se puede observar la tabulación de los resultados obtenidos a través del instrumento y los análisis de cada una de las dimensiones necesarias para la evolución de esta investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Formulación del problema

La palabra trauma proviene de un concepto griego que significa “herida”. Y por si sola se trata de una lesión física generada por un agente externo o de un golpe emocional que genera un perjuicio persistente en el inconsciente de un sujeto. La palabra lesión implica una alteración o daño que se produce en alguna parte del cuerpo a causa de una enfermedad.

Las lesiones traumáticas cavidad bucal son muy comunes sobre todo en pacientes jóvenes y, suponen un reto especial para el profesional odontólogo, ya que se producen en de forma rápida e impredecible y con un tratamiento correcto de las lesiones traumáticas el marca la diferencia entre tener un diente durante años, o perderlo a corto plazo.

Las causas más comunes de lesiones traumáticas dentarias son las caídas y las provocadas por practicar deportes, puntualmente se habla de las relacionadas con las artes marciales mixtas el cual es un deporte de combate, y de contacto pleno, que permite el uso de una amplia variedad de estilos y técnicas de pelea.

Las lesiones traumáticas se dividen en dos grandes grupos: 1. De los tejidos duros. 2. De los tejidos blandos. Las lesiones de los dientes se pueden producir en la corona o en la raíz del mismo, y también puede haber una luxación, es decir, el diente se desplaza del alveolo donde está insertado. Hay varios tipos de luxación, dependiendo de la dirección y la gravedad de la lesión. Las fracturas en la corona del diente son las que se producen más a menudo. Podemos encontrarnos con fisuras en el esmalte, fracturas de la corona no complicadas, cuando la pulpa no está afectada; y

por último, fracturas complicadas, donde además del esmalte y la dentina, la pulpa queda expuesta. En cuanto a las fracturas de la raíz del diente, éstas pueden ser verticales, horizontales u oblicuas respecto al eje mayor de la raíz.

Con lo antes expuesto se establece una relación entre la práctica de las artes marciales mixtas y lesiones traumáticas en cavidad bucal, tanto en tejidos duros como blandos. Entendiendo que este deporte consiste en técnicas y métodos creados para la defensa y lucha en combate.

Las artes marciales son un arte porque representa un estilo estético definido y marcial cuya palabra deriva del latín *martialis* que representa a Marte, el dios de la guerra. Se caracterizan por ejercitar la armonía del cuerpo, la mente y el espíritu por lo que incorpora una corriente filosófica por cada disciplina que surge pasando de generación en generación perfeccionando el estilo y su pragmatismo en el pensamiento. Hoy en día también son denominados como “deportes de combate” o “deportes de lucha”. En conclusión son aquellas que juntan varios estilos y técnicas de diferentes artes marciales tradicionales.

La protección bucal con el conocido protector bucal durante los juegos y deportes expone algunas medidas preventivas donde se puede connotar que se ha educado al deportista a través de la promoción y prevención para evitar las complicaciones pero si hay una lesión instalada, y en la mayoría de los casos el deportista la ignora.

Hace necesario conocer todo el desarrollo de la terapéutica por parte del odontólogo quien es el responsable por brindar el servicio y del deportista que necesita de dicha atención es por esto la importancia de conocer las lesiones traumáticas para poder identificarlas a tiempo y brindar la mejor terapia necesaria para evitar el avance en términos de daños que puede causar dicha lesión. En lo antes

descrito es necesario preguntar ¿Cuál es el conocimiento de los odontólogos y deportistas sobre las lesiones traumáticas de cavidad bucal causadas por la práctica deportiva?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo General:

Identificar las principales lesiones traumáticas de cavidad bucal que presentan los adultos practicantes de artes marciales mixtas de la academia “Fight Club Carabobo.

1.2.2 Objetivos específicos

- Indagar sobre los tipos de artes marciales mixtas en los adultos de la academia “Fight Club Carabobo”
- Determinar el conocimiento que tienen los practicantes de artes marciales de la academia “Fight club Carabobo” sobre la importancia de acudir a la consulta odontológica al momento de presentar un traumatismo.
- Clasificar los tipos de traumatismos que sufren los adultos practicantes de artes marciales mixtas de la academia “Fight Club Carabobo” en el segundo trimestre del año 2017.

1.3 Justificación

Esta investigación surge por las diferentes lesiones traumáticas de cavidad bucal existentes dentro de los deportes, que por no conocerlas reciben la terapia inadecuada alcanzando el fracasa el tratamiento o agravando el daño. Porque cuando hablamos de lesiones traumáticas relacionadas a los deportistas el foco principal es la educación preventiva, ya que muchos de ellos consideran que el uso del protector deportivo es suficiente para resguardar la cavidad bucal de cualquier daño. La pretensión de este

estudio es de otorgarle la importancia y relevancia que ameritan el conocimiento para la identificación y correcto tratamiento de las diferentes lesiones en cavidad bucal.

Esta investigación tiene enorme relevancia para la ciencia odontológica ya que permite a odontólogos o estudiantes un conocimiento específico y enfocado en las lesiones traumáticas en cavidad bucal producidas por la práctica de las artes marciales mixtas el cual brinda un conocimiento de prevención y tratamiento eficaz.

Logrando un compendio de información dirigido a los deportistas que les brindara de manera puntual un conocimiento de reproducción con la principal ventaja en la prevención. Las artes marciales como práctica deportiva conllevan una serie de movimientos y técnicas de combate que con frecuencia acarrear serias lesiones en los deportistas incluso provocando la conclusión de incapacidad o muerte. La cabeza y cuello en muchos casos es el blanco de todos los impactos y por ende la cavidad bucal, incluido los dientes sufren con cada uno de los encuentros marciales.

En este trabajo los investigadores pretenden no sólo clasificar las lesiones traumáticas más frecuentes en los jóvenes si no también dar a conocer la manera más práctica y óptima de minimizar el riesgo de lesiones, ya que con el uso de una simple férula el complejo dental estaría protegido de los impactos y así la integridad dental se garantiza al máximo. Muchos deportistas desconocen por otra parte la importancia de cuidar a la cavidad bucal y en especial a los dientes de danos irreparables por lo que está investigación pretende colaborar en la difusión de la importancia de la prevención en el deporte y así preservar y mejorar la salud general del individuo.

1.4 Alcance de la investigación

La investigación busca alcanzar la prevención para los deportistas a través de la educación y cuidado que el profesional de la odontología puede instruir. Esto

quiere decir que se busca el conocimiento para la identificación y tratamiento de las diferentes lesiones traumáticas de cavidad bucal y que representa utilidad para futura base teórica de próximas investigaciones.

Representa ser un aporte significativo al trabajo social que viene realizando la facultad de Ciencias de la Salud, en la especialidad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

1.5 Limitaciones de la Investigación

Se centra en la asistencia de los deportistas a su centro de entrenamiento para la realización de la encuesta y actividades preventivas que permitan el propósito de esta investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.

Según Faus Matoses Vicente. (2015) En su trabajo doctoral para la universidad de Valencia – España titulado “Traumatismos Dentarios en Valencia”. En 2007 la IADT (International Association of Dental Traumatology) publicó un protocolo para el manejo de las lesiones dentarias. Diferencia el manejo y tratamiento de las lesiones principalmente si son en dientes temporales o dientes permanentes y posteriormente según el tipo de lesión. Las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de lesiones traumáticas dentarias forman parte de un documento de consenso basado en la mejor evidencia disponible, investigación de la literatura y discusiones de grupos de investigadores y clínicos de diferentes especialidades de la Odontología, todos miembros del Directorio de IADT.

Según Uribarri Zarranz Fernando. (2015), en servicio de urgencias de pediatría, servicio de odontología. Hospital San Rafael. Madrid. “Lesiones bucodentarias”. Identifica diferentes tipos de lesiones (según la clasificación de la OMS y de Andreasen) Lesiones de tejidos dentales – Infracción coronaria, limitada al esmalte, sin pérdida de sustancia ni separación de fragmentos. – Fractura de corona, que afecta al esmalte y a la dentina y pueden ser complicadas (exposición pulpar) o no. – Fractura de corona y raíz, que afecta al esmalte, dentina y cemento radicular. Son complicadas cuando en su trayecto dejan expuesta la pulpa. – Fractura de raíz. Puede haber hemorragia y/o edema gingival.

Según Faus Matoses Vicente. (2015) En su trabajo doctoral para la universidad de Valencia – España titulado “Traumatismos Dentarios en Valencia”. En pacientes adultos, el tratamiento del conducto radicular puede ser el tratamiento de elección, aunque el recubrimiento pulpar o la pulpotomía parcial también son opciones válidas. Si ha transcurrido mucho tiempo entre el accidente y el tratamiento y la pulpa se encuentra necrótica, el tratamiento del conducto radicular está indicado para mantener el diente. En fracturas coronarias extensas se debe tomar una decisión sobre si es factible otro tratamiento que no sea la extracción.

2.2 Bases teóricas

Traumatismos dentarios

El manejo adecuado de las lesiones traumáticas de los dientes es uno de los problemas de mayor reto para el odontólogo que trata pacientes practicante de deportes de contacto. Con el aumento en la violencia de nuestras ciudades y con el incremento de las prácticas deportivas, se ha visto un crecimiento importante en la incidencia de las lesiones traumáticas de los dientes y los maxilares.

Infortunadamente este aumento en la incidencia de las lesiones no se ha visto compensado con un incremento importante en la aparición de publicaciones especializadas y/o investigaciones en esta área.

En 1992 se estimaba que las revistas especializadas en trauma sólo comprendían un 0.2% de las publicaciones odontológicas, mientras que se veía que el aumento en la incidencia había crecido un 30%.

Como resultado de este desfase se observan algunas áreas de confusión en traumatología como son:

- Poco conocimiento del manejo del trauma al momento de presentarse en la consulta
- Poco conocimiento de las complicaciones que puede producir el trauma en

dentición permanente.

- La terapia usada en lesiones traumáticas tiene base empírica en casi todos los casos.
- Conocimiento fragmentario del pronóstico a largo plazo.

Otro de los problemas principales que se presentan está relacionado con el hecho de que generalmente la urgencia es atendida en los servicios de emergencia y es remitida para su seguimiento, por lo tanto quien atiende la urgencia no ve nunca las complicaciones que se puedan presentar durante el seguimiento y quien recibe el paciente para seguimiento, a menudo carece de información importante acerca de la extensión de la lesión.

Etiología de las lesiones traumáticas

Durante los primeros años de vida se presentan caídas como resultado de la incoordinación al aprender a caminar. Más adelante cuando los niños ingresan a la guardería es muy frecuente el juego brusco entre compañeros, los deportes de contacto, caídas en patines, bicicleta. Otra causa de lesiones traumáticas que se está presentando cada vez con mayor frecuencia es la relacionada con el síndrome del niño maltratado, el cual en muchos casos es difícil de detectar por la historia que relata el paciente, pues a menudo esta es confusa.

Otro factor importante de tener en cuenta son los accidentes de automóvil, así como la violencia que se presenta en las grandes ciudades. Podríamos citar éstos como los factores etiológicos más frecuentes de las lesiones traumáticas.

Otros factores etiológicos menos frecuentes están relacionados con el paciente que sufre de epilepsia, con el drogadicto, quien por apretamiento dentario a menudo presenta fracturas de los cúspides de molares y premolares.

También se presentan lesiones en los pacientes con dentinogénesis imperfecta, ya que estos dientes carecen de soporte dentinario adecuado.

Mecanismos de las lesiones traumáticas

Al analizar los mecanismos por los cuales se producen las lesiones traumáticas, nos encontramos básicamente dos formas de mecanismos, estos son traumas directos e indirectos. El trauma directo es aquel que se produce directamente sobre los dientes y el indirecto aquel que produce un cierre forzoso de la mandíbula y al cerrar ésta, produce fracturas en molares y premolares.

En general el trauma directo afecta la región anterior y el indirecto el área posterior. Es así como este último produce fracturas corona-raíz y coronales en la región de premolares y molares y además predisposición a lesiones de la región condilar y/o la sínfisis.

Clasificación de las lesiones traumáticas

La clasificación que se presentará a continuación ha sido propuesta por Jens Andreasen y es la aceptada por la Organización Mundial de la Salud en su "Aplicación de clasificación internacional de enfermedades para odontología y estomatología".

La clasificación general comprende cuatro grupos principales, de los cuales sólo los dos primeros se relacionan específicamente con los dientes y/o los tejidos de soporte y serán tratados en este capítulo. Los otros 2 grupos pertenecen más al campo de la cirugía oral y por eso no se tratarán.

Lesiones a los tejidos duros y la pulpa

- *Línea de fractura:* Una fractura incompleta del esmalte sin pérdida de sustancia dental.
- *Fractura coronal no complicada:* Fractura que compromete esmalte y/o

esmalte y dentina pero no la pulpa.

- *Fractura coronal complicada:* Fractura que compromete esmalte, dentina y pulpa.
- *Fractura corona-raíz, no complicada:* Fractura que compromete esmalte, dentina y cemento.
- *Fractura corona-raíz complicada:* Fractura que compromete esmalte, dentina, cemento y pulpa.
- *Fractura radicular:* Fractura que compromete dentina, cemento y pulpa.

Lesiones a los tejidos periodontales.

- *Concusión:* Trauma a los tejidos de soporte sin desplazamiento o movilidad anormal pero con reacción acentuada a la percusión.
- *Subluxación:* Lesión a los tejidos de soporte con movilidad anormal pero sin desplazamiento del diente.
- *Luxación intrusiva:* Desplazamiento del diente dentro del proceso alveolar, generalmente acompañado de conminución del hueso alveolar.
- *Luxación extrusiva:* Desplazamiento parcial del diente fuera de su alvéolo.
- *Luxación lateral:* Desplazamiento del diente en una dirección diferente a la axial. Generalmente acompañado de conminución del hueso alveolar.
- *Avulsión o exarticulación:* Desplazamiento total del diente fuera de su alvéolo.

Lesiones al hueso de soporte.

- *Conminución del hueso alveolar:* Aplastamiento y compresión del hueso alveolar.
- *Fractura de la pared del hueso alveolar:* Fractura confinada a la pared labial o lingual del alvéolo.
- *Fractura del proceso alveolar:* Puede o no comprometer el alvéolo, pero

fractura el hueso alveolar.

- *Fractura del maxilar o la mandíbula:* Compromete el hueso basal y a menudo también el hueso alveolar.

Lesiones a la mucosa oral y/o encía.

- *Laceración de la encía y/o mucosa oral:* Herida leve o profunda en la mucosa como resultado de un desgarre y generalmente producida por un objeto agudo.
- *Contusión:* Golpe generalmente producido por impacto de un objeto romo.
- *Abrasión:* Herida superficial que se produce por frotar o raspar la mucosa, dejando una superficie sangrante;."

Tratamiento de las lesiones traumáticas

Línea de fractura: En este tipo de trauma la fuerza del golpe es absorbida por el diente sin pérdida de sustancia dental. La apariencia poco dramática de este tipo de trauma hace que a menudo pase inadvertido.

La mejor forma de diagnosticar este trauma es por medio de la transiluminación. A menudo se asocia con otras lesiones, especialmente las luxaciones, y generalmente no requiere tratamiento, pero se debe hacer un control clínico y radiográfico periódico debido a la posibilidad de cambios pulpares.

Estos cambios son impredecibles ya que dependen de la fuerza del golpe, el cual es enteramente absorbido por la pulpa y los tejidos periapicales. Los cambios pueden variar desde necrosis pulpar, metamorfosis cálcica, reabsorción y/o cambio de color (Figura 2.1).

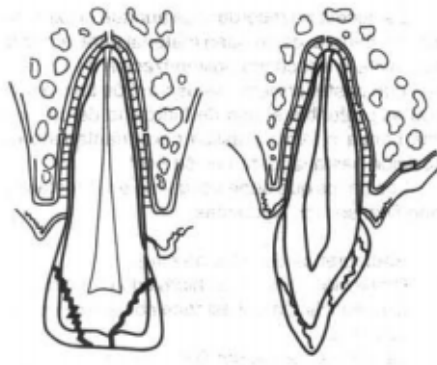


Figura 2.1 Línea de fractura

Fractura coronal no complicada: Cuando la fractura está confinada al esmalte, el tratamiento puede consistir en suavizar los bordes de la fractura, especialmente si está comprometido el ángulo distal que tiene una forma más redondeada que el mesial.

El objetivo del tratamiento en estos casos está orientado a preservar la vitalidad de la pulpa, aunque en este trauma, la fuerza del golpe se disipa en la fractura y hay menor peligro de daño pulpar. El material más adecuado para proteger el órgano dentinopulpar es el hidróxido de calcio. (Figura 2.2)

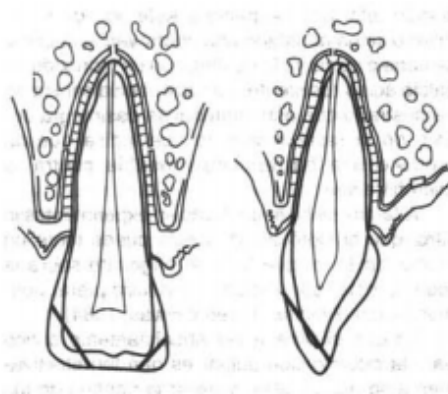


Figura 2.2 fractura coronal no complicada.

Una vez que se ha protegido la pulpa, se debe proceder a restaurar el diente tanto estética como funcionalmente. Para la restauración podemos utilizar las resinas de fotocurado que utilizan la técnica de grabado del esmalte. También es posible unir

los fragmentos coronales fracturados por medio de resinas de fotocurado. Para esta última técnica es necesario mantener los fragmentos fracturados en solución salina antes de unirlos al diente, esto evita que se deshidraten y tomen un color blanquecino que dañaría la estética.

En algunos casos no es posible restaurar inmediatamente el diente y por lo tanto se debe proceder a una restauración de emergencia en la cual quede protegida la pulpa.

Es necesario recordar que aunque el óxido de zinc en general es un buen material para la pulpa, éste evita la adecuada polimerización de las resinas que posteriormente se usarán, de tal manera que es preferible el uso de hidróxido de calcio y una banda o forma plástica para mantenerlo en posición hasta la restauración final.

Los pasos que deben seguirse en la restauración final son los siguientes:

- Radiografías del área afectada.
- Protección pulpar con hidróxido de calcio.
- Decalcificación del esmalte con ácido fosfórico (37%).
- Lavado con agua por 20" - secado.
- Selección de la forma plástica para aplicar la resina de fotocurado.
- Aplicación de la luz halógena.
- Controles periódicos cada mes o cada dos meses durante un año.

Si se decide restaurar el diente uniendo los fragmentos fracturados debemos recordar que mientras se procede a proteger la dentina y a aplicar el ácido, estos fragmentos deben permanecer en solución salina, y previa la unión, éstos deben ser sometidos también a la acción del ácido fosfórico para obtener un buen enlace.

Una vez unidos los fragmentos por medio de la resina, se debe hacer una ranura en la línea de unión para colocar allí resina de fotocurado que permita una unión más

firme y a la vez enmascare la línea de la fractura, para este último paso es necesario repetir los anteriores de decalcificación, lavado, etc. Con respecto a este tipo de tratamiento se ha desatado una controversia sobre si se debe o no cubrir la dentina con un hidróxido de calcio ácido resistente. La experiencia clínica ha demostrado que este material se desintegra debajo de la restauración, lo que indica que no produce una barrera impermeable contra la microfiltración.

Además se ha encontrado en experimentos in vitro, que el hidróxido de calcio puede tener un efecto similar al que tiene el eugenato sobre la resina, esto es, impedir una completa polimerización (Reinhardt, 1983; Hwas, 1984).

Lo que sí parece ser absolutamente crítico para la cicatrización pulpar es qué tan efectivamente se puede sellar y aislar la dentina de los irritantes bacterianos. Si la dentina expuesta se sella adecuadamente, la pulpa no expuesta formará dentina reparativa, aun sin el uso del hidróxido de calcio.

Una de las principales causas de fracasos de las restauraciones de resina compuesta lo constituye la microfiltración. Este problema puede ser contrarrestado si obtenemos una buena unión entre el esmalte y la resina. Si además de la unión a esmalte, usamos la adhesión dentinaria, se produce una fuerza de unión 3 veces mayor que si se usara esmalte únicamente (Munskgaard, E.C. 1991). El objetivo del agente de enlace dentinario es, por lo tanto, suplementar la unión a esmalte. Esto implicaría un selle hermético contra la flora oral que permite una cicatrización pulpar óptima después de la fractura (Andreasen, 1994).

Fractura coronal complicada

Desde el punto de vista restaurador, estos casos en general se tratan igual al anterior. Lo más importante de tener en cuenta en este tipo de trauma es el pronóstico para la pulpa.

En estas lesiones es necesario entonces tener en cuenta tres aspectos importantes

que son: Tiempo transcurrido desde el trauma. Tamaño de la exposición. Estado de desarrollo de la raíz. Si el diente afectado es permanente, cuyo ápice no está completamente formado, el tratamiento de escogencia es el recubrimiento pulpar directo con Ca(OH)_2 . El tamaño de la exposición pulpar debe ser pequeño y no debe haber estado expuesta por más de una hora. En este tipo de tratamiento el objetivo consiste en mantener la vitalidad de la pulpa para que continúe la formación apical de la raíz. Figura 2.3

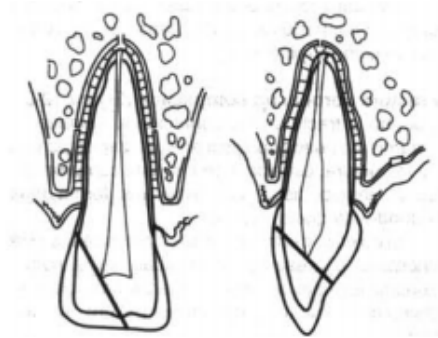


Figura 2.3 Fractura coronal complicada.

Si la exposición pulpar es grande, se debe llevar a cabo una pulpotomía con Ca(OH)_2 . De nuevo, nuestro objetivo en este caso consiste en mantener la vitalidad pulpar para obtener formación apical.

Si la pulpotomía está contraindicada y el ápice aún se encuentra abierto, se puede intentar la apexogénesis, la cual consiste en la eliminación de los restos pulpaes y colocación de una pasta de hidróxido de calcio mezclado con agua. Esta pasta debe sellarse herméticamente en el conducto y se deben hacer controles radiográficos periodicos, hasta que se observe un tope o calcificación en el ápice.

Es de anotar que en algunos casos es necesario repetir el procedimiento varias veces hasta obtener el resultado deseado. El objetivo de esta técnica es promover la formación radicular y/o cierre para obtener un buen sello apical con la terapia endodóntica.

Cuando se trata de un diente permanente cuyo ápice se encuentra completamente formado, es necesario evaluar el futuro de la restauración que llevará el diente afectado. Si se encuentra que en un futuro el diente necesitará una corona con perno, entonces es conveniente hacer la pulpectomía en la cita inicial. En otras palabras, el tratamiento pulpar definitivo dependerá de la necesidad o conveniencia de conservar la pulpa.

Una vez se haya llevado a cabo la restauración del diente, es necesario hacer los controles periódicos cada mes y durante un período de un año para evaluar la cicatrización del tejido pulpar y radicular.

El pronóstico de las fracturas coronales complicadas depende esencialmente de si hay o no lesión al ligamento periodontal que comprometa el flujo sanguíneo al tejido pulpar y en segundo lugar a la cantidad de dentina expuesta y de la edad del paciente.

Fractura corona raíz no complicada

La mayoría de estas lesiones son el resultado de un impacto horizontal, pero las fracturas son verticales, por lo que radiográficamente no se alcanzan a ver muy bien. Por lo tanto, lo más importante es un muy cuidadoso examen clínico.

En caso de no diagnosticarse esta lesión y que se quede sin tratar, se presentarán cambios inflamatorios en la pulpa, el ligamento periodontal y la encía debido a acumulación de placa dental. El tratamiento de elección en los dientes deciduos es la exodoncia, en la dentición permanente el procedimiento será determinado por la extensión de la fractura.

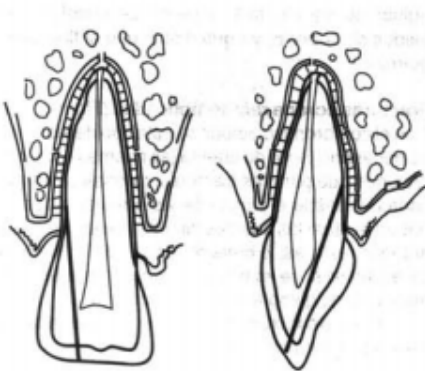


Figura 2.4. Fractura corona raíz no complicada.
Compromiso de esmalte - dentina - cemento.

Para una mejor visibilidad, es necesario remover la porción coronal fracturada. Cuando la extensión apical de la fractura está más de 4 mm arriba de la margen libre de la encía, se recomienda eliminar el fragmento coronal y extruir ortodónticamente el resto del diente para luego proceder a su restauración, ya sea con corona o con resina de fotocurado, según lo requieran las circunstancias.

Cuando la extensión apical de la fractura no es muy grande, puede intentarse una gingivoplastia y osteotomía para descubrir la margen gingival de la fractura y de esta forma poder restaurar el diente adecuadamente. Aunque en estos casos no se presenta exposición pulpar, es necesario hacer los controles periódicos que nos permitan evaluar la vitalidad del tejido pulpar. Además, por tratarse de una lesión en la cual queda afectado el tejido periodontal, es imperativo un control muy estricto sobre los tejidos de soporte. Recordemos que el pronóstico pulpar se ve afectado cuando se lesionan los tejidos de soporte, ya que disminuye el flujo sanguíneo.

Fracturas corona raíz complicadas.

Con el compromiso pulpar de este tipo de lesiones es necesario tener en cuenta las mismas consideraciones que para las fracturas coronales complicadas, y desde el

punto de vista restaurador se deben evaluar las mismas circunstancias del caso anterior, esto es, extensión apical de la fractura para definir si se extruye ortodónticamente o se hace una gingivoplastia y osteotomía. En la dentición decidua está indicada la exodoncia para este tipo de trauma.

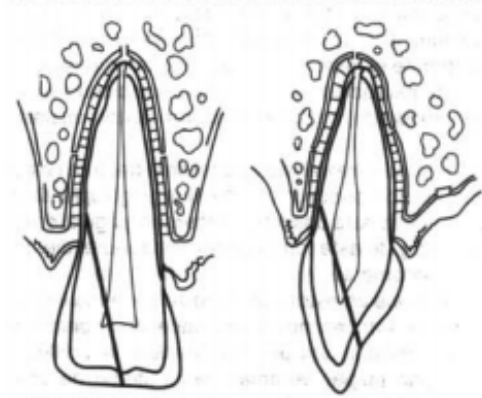


Figura 2.5 Fracturas corona raíz complicadas.

Fracturas radiculares.

Las fracturas radiculares se presentan más frecuentemente en los dientes completamente formados y rara vez ocurren en los dientes en formación. Generalmente se presentan entre los 11 y los 20 años de edad y a menudo se asocian a fracturas del proceso alveolar y ocurren como resultado de impactos horizontales. Al examen clínico generalmente se observa un diente ligeramente extruido, con alto grado de movilidad y el fragmento coronal desplazado lingualmente debido al impacto horizontal. Figura 2.6

Al examen radiográfico es frecuente encontrar una imagen que muestra más de una fractura, por lo tanto es necesario tomar varias radiografías con diferente angulación para poder establecer el diagnóstico correcto. Generalmente las fracturas en el tercio medio y apical tienen una dirección oblicua que al examen radiográfico pueden dar la apariencia de varias fracturas, de ahí la necesidad de tomar varias angulaciones para descartar esta posibilidad.

El proceso de cicatrización que se lleva a cabo en las fracturas radiculares depende esencialmente de dos condiciones:

- El estado del tejido pulpar.
- De si las bacterias han invadido el sitio de la fractura.

Los eventos que suceden en la cicatrización de estas fracturas cuando la pulpa está intacta, son los siguientes:

- Formación de un coágulo.
- Formación del callo dentinario entre los fragmentos.
- Proliferación de células provenientes del cemento en la parte periférica de los fragmentos.

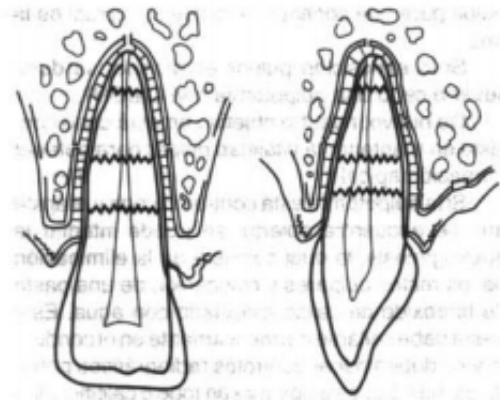


Figura 2.6 Fracturas radiculares.

Cuando la pulpa ha sido seccionada, es necesario que ocurra la re vascularización de la pulpa coronal para que se lleve a cabo el proceso de cicatrización.

En el caso de que se presente una invasión bacteriana a la pulpa necrótica, será también imposible que haya recuperación pulpar y se producirá acumulación de tejido de granulación entre los fragmentos.

La cicatrización de las fracturas radiculares puede dividirse en 4 tipos diferentes:

1.- *Cicatrización con tejido calcificado.* Radiográficamente se ve la línea de fractura pero los fragmentos están en contacto, hay unión de ambos fragmentos por tejido calcificado. Figura 2.6.1



Figura 2.6.1 Cicatrización con tejido calcificado.

2.- *Cicatrización con tejido conectivo.* Radiográficamente los fragmentos aparecen redondeados (Figura 2.6.2). Histológicamente el tejido conectivo es una banda que va desde un lado de la fractura hasta el otro, unida por el cemento o por tejido calcificado de reaparición que une los fragmentos. Clínicamente el diente está firme y la pulpa está vital.

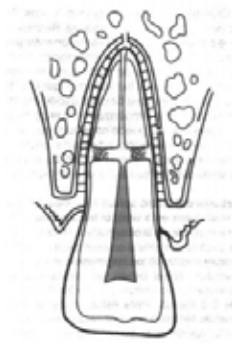


Figura 2.6.2 Cicatrización con tejido conectivo.

3.- *Interposición de tejido conectivo y hueso.* Un puente óseo separa los fragmentos y cada uno de éstos presenta un ligamento periodontal individual (Figura, 2.6.3).



Figura 2.6.3 Interposición de tejido conectivo y hueso.

4.- *Interposición de tejido de granulación.* Se presenta una ampliación de la línea de la fractura con una zona radiolúcida adyacente. Figura 2.6.4.

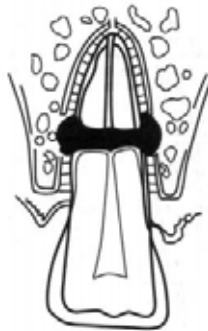


Figura 2.6.4 Interposición de tejido de granulación.

Fracturas del tercio apical.

Después de establecer si la pulpa está vital, el tratamiento generalmente consiste en la observación clínica y radiológica, para determinar si ocurren cambios pulpares y/o cicatrización. Si los fragmentos aparecen muy separados, éstos deben ser reposicionados e Inmovilizados por medio de una férula rígida durante 2-3 meses.

Para estos casos se pueden utilizar las férulas a base de resina de fotocurado. Es

importante anotar que no es suficiente en estos casos el sólo poner la férula; es indispensable hacer la reducción de la fractura y llevar los fragmentos a posición para que pueda presentarse una cicatrización adecuada. En los casos en los cuales se presenta necrosis pulpar, se debe llevar a cabo el tratamiento de endodoncia y remover quirúrgicamente el fragmento apical. (Figura 6.7).

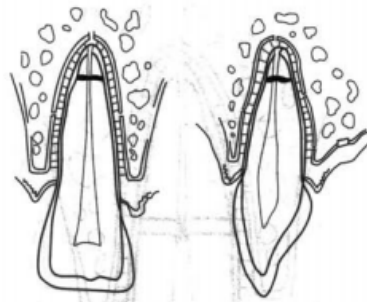


Figura 2.7 Fracturas del tercio apical.

Fracturas de tercio medio. El tratamiento de emergencia consiste en aposicionar los fragmentos, colocar una férula rígida durante un período de 2-3 meses. En estos casos la posibilidad de supervivencia de la pulpa es alta, siempre que se sigan los puntos anteriores.

En los casos en los que la pulpa está necrótica es necesario modificar la técnica endodóntica para crear una férula intra-radicular permanente. Otra recomendación propuesta por Andreasen para estos casos, consiste en la colocación de hidróxido de calcio en la porción coronal de la pulpa hasta obtener un selle y luego hacer endodoncia convencional sólo al fragmento coronal, posteriormente se deben hacer los controles clínicos y radiográficos para determinar el pronóstico del fragmento apical.

La necrosis pulpar es relativamente baja (aproximadamente 25%) y generalmente se produce como resultado del desplazamiento del fragmento coronal y en dientes con raíz completamente formada, rara vez se presentan reabsorciones. En

los dientes deciduos, si la pulpa está vital, puede intentarse la inmovilización siguiendo los mismos principios que para las unidades dentarias afectadas.

Lesiones a los tejidos periodontales.

Concusión y subluxación. La diferencia que existe entre ambas lesiones a veces es difícil de diagnosticar y básicamente consiste en que en la subluxación existe movilidad, mientras que en la concusión no. En ambas hay reacción positiva a la percusión y sensibilidad a la masticación. Desde el punto de vista histológico se encuentra que en la concusión no hay ruptura de las fibras periodontales y el paquete vásculo-nervioso permanece intacto. (Figura 6.8)

En la subluxación se rompen algunas fibras periodontales, lo que produce movilidad, mas no desplazamiento, y a menudo se presenta hemorragia por el surco gingival. El tratamiento en ambos casos consiste en la eliminación de las interferencias oclusales por medio del tallado selectivo. Dependiendo del grado de movilidad puede ser necesario ferulizar el diente con férula semirrígida durante 10-12 días.

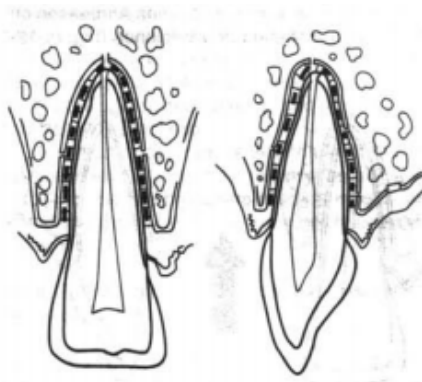


Figura 2.8 Lesiones a los tejidos periodontales.

La férula semirrígida puede construirse con nylon de pesca o con alambre de ligadura pegado a las superficies vestibulares de los dientes por medio de resina de

fotocurado (Figura 6.9).

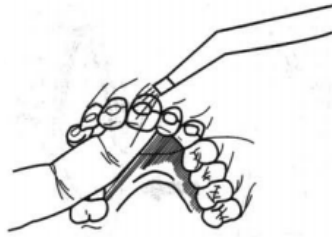


Figura 2.9 Férula semirrígida utilizando alambre de ligadura y resina.

Férula semirrígida.

Como ya se mencionó anteriormente, siempre que se presentan daños al ligamento periodontal y/o paquete vásculo-nervioso, las posibilidades de necrosis pulpar son mayores, por lo tanto en este tipo de trauma es aún más imperativo el hacer los controles periódicos clínicos y radiográficos para detectar tempranamente la presencia de necrosis pulpar y poder efectuar el tratamiento Indicado.

Luxación lateral y bucolingual.

Este tipo de trauma generalmente va acompañado de conminución o fractura del alvéolo. Los tejidos comprometidos en esta lesión son los periodontales y la pulpa. Clínicamente el diente aparece desplazado horizontalmente y completamente inmóvil.

El tratamiento de emergencia consiste en la reducción del desplazamiento por medio de presión digital y fijación con una férula semirrígida, como la descrita anteriormente, por un período de 2-3 semanas.

Si el diente no puede ser reposicionado rápidamente, éste tendrá tendencia a quedarse en esa posición, y en estos casos se debe esperar a que ocurra la cicatrización del periodonto y la pulpa (la cual es de dudoso pronóstico) para proceder a hacer un movimiento ortodóntico que lleve el diente a su posición. Como en todos los casos de lesiones traumáticas, se debe hacer un seguimiento periódico

para evaluar la cicatrización pulpar y/o periodontal, poniendo especial atención a la aparición de reabsorciones externas de tipo inflamatorio (la cual tiene origen en la necrosis de la pulpa) y hacer el tratamiento con hidróxido de calcio en caso de que estuviere presente (Figura 6.10).

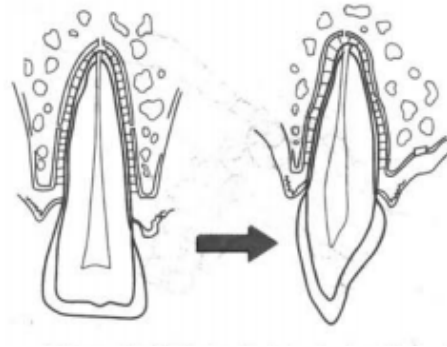


Figura 2.10 Luxación lateral y bucolingual.

Luxación extrusiva.

En términos generales, se aplican a estos casos los mismos principios de tratamiento que para las luxaciones laterales, esto es, reposición, ferulización y observación periódica. (Figura 2.11).

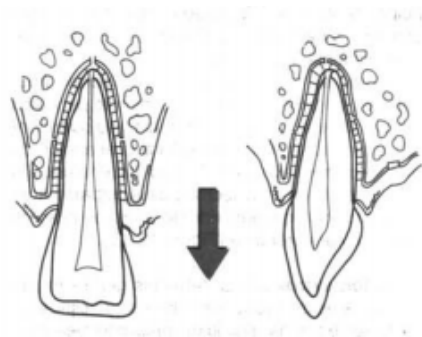


Figura 2.11 Luxación extrusiva.

Luxación intrusiva.

En estos casos se presenta un desplazamiento del diente dentro del hueso

alveolar acompañado de conminución del hueso alveolar. El mayor daño se produce en la pulpa, ya que ocurre un machacamiento del paquete vásculo-nervioso. También se produce daño en el ligamento periodontal, lo cual puede conducir a que se presente reabsorción externa de tipo anquilosis (reabsorción por remplazo). Si la pulpa se necrosa y las toxinas pasaran al ligamento periodontal, se produciría reabsorción externa de tipo inflamatorio.

Condición particular luxación extrusiva. Se recomienda, en los casos de intrusión de dientes completamente formados, hacer terapia endodóntica profiláctica, ya que ha sido demostrado que casi el 100% de estos casos resultan en necrosis pulpar. (Figura 2.12).

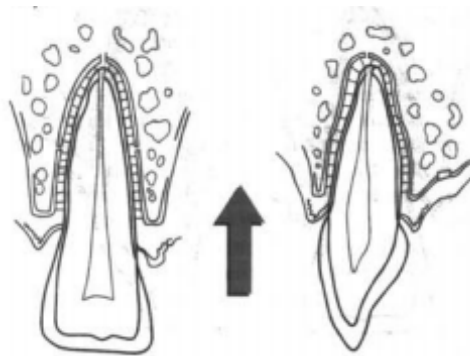


Figura 2.12 Luxación intrusiva.

Avulsión.

Aunque en la literatura dental existe una gran cantidad de información y de investigación relacionada con el manejo del diente avulsionado, los resultados y las conclusiones de estos estudios a menudo son contradictorios y poco claros.

En nuestro país no existen datos epidemiológicos confiables que permitan establecer con certeza la incidencia exacta de este problema. Son muchos los factores que intervienen en el éxito o fracaso de un reimplante dentario. (Figura 2.13).

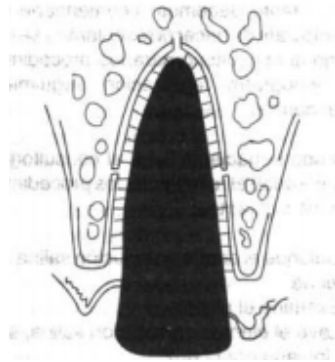


Figura 2.13 Avulsión.

Los factores más importantes que se deben tener en cuenta al tratar un diente avulsionado son:

Daño mecánico de la raíz.

Durante el movimiento rotatorio, que necesariamente precede a la avulsión dentaria, siempre se presentará daño a los tejidos y células del ligamento periodontal. Ha sido demostrado que las áreas de mayor daño son las superficies convexas bucal y lingual, las cuales entran en contacto con el hueso durante la avulsión.

Esto trae como consecuencia final áreas de reabsorción en esas zonas, las cuales serán difíciles de identificar posteriormente en la radiografía, debido a las limitaciones tridimensionales de los aparatos convencionales de rayos X.

Almacenamiento del diente antes del reimplante.

El aspecto más importante que se debe tener en cuenta es que el diente nunca se debe dejar deshidratar, pues eso conduce a la desecación de las células del ligamento periodontal y por lo tanto a la reabsorción.

En segundo lugar es necesario considerar la osmolaridad y el pH de la solución de almacenamiento. Se han propuesto muchos medios de almacenamiento, dentro de los cuales podemos mencionar:

Agua. Es hipotónica y por lo tanto conduce a la lisis de las células.

Saliva. Es hipotónica y contaminada con bacterias, pero permite conservar los dientes por un período no mayor de dos horas.

Leche. Su pH entre 6 y 7 la hace un medio de almacenamiento ideal, pues ha sido demostrado que este medio conserva las células de un mayor tamaño y en mayor número. Los estudios en los cuales se compara la leche con otros medios, han demostrado una mejor cicatrización y menos presencia de reabsorción externa.

Papel de celofán. El objetivo de envolver el diente en papel de celofán es el de evitar la evaporación y desecación de las células del ligamento periodontal. Los estudios experimentales con este método han demostrado una frecuencia de reabsorción similar a los casos de reimplante inmediato.

Tratamiento químico de la raíz.

El flúor ha sido el elemento más estudiado en este aspecto y ha sido demostrado que disminuye la frecuencia de reabsorción. El sumergir el diente en flúor, previo al reimplante, produce una raíz más resistente a la reabsorción.

Tratamiento del alvéolo.

Es un punto altamente controvertido. En dos experimentos bien controlados, uno realizado por Andreasen (1985), y el otro por Mattson (1987), se llegaron a conclusiones totalmente diferentes en cuanto al beneficio de tratar el alvéolo antes de hacer el reimplante. Andreasen en su libro "Essentials of Traumatic Injuries of the Teeth" recomienda lavar el alvéolo constantemente con solución salina antes de llevar a cabo el reimplante con el fin de "optimizar la cicatrización".

Ferulización.

Ha sido demostrado en animales de experimentación que la mejor férula para casos de reimplantes es la semirrígida; consiste en alambres de ligadura sostenida por

resina sobre las caras vestibulares de los dientes, o en su defecto usar nylon de 12 pulgadas sostenido con resina.

La duración de la férula no debe ser mayor de 10 días. El usar una férula semirrígida por corto tiempo, permite movimientos fisiológicos que favorecen la reinserción de las fibras periodontales y al mismo tiempo disminuye la frecuencia de reabsorción.

Masticación.

También ha sido demostrado en animales de experimentación que el uso de una dieta semidura resulta en una menor frecuencia de anquilosis y mayor porcentaje de ligamento periodontal normal. Si transpolamos esto a los humanos, podríamos especular que los dientes reimplantados no deberían estar sometidos a una dieta exclusivamente blanda, como anteriormente se recomendaba.

Endodoncia.

Esta es una de las áreas de mayor controversia en el manejo de los dientes reimplantados, ha sido demostrado que debido a que en los dientes jóvenes los tubulillos dentinarios son tan amplios, éstos permiten fácilmente el paso de bacterias y toxinas desde la pulpa al ligamento periodontal, produciendo así una reabsorción inflamatoria; esta situación no es tan frecuente en dientes maduros debido a que estos tubulillos están posiblemente obliterados por dentina secundaria y por lo tanto la aparición de la reabsorción inflamatoria externa es menos frecuente. En cuanto al tratamiento endodóntico propiamente dicho, se recomienda hacer éste en un período no mayor de 14 días posterior al reimplante.

El hidróxido de calcio ha sido recomendado como el material de elección, pero reportes recientes indican que éste puede tener un efecto citotóxico capaz de producir daño adicional a las células del ligamento periodontal.

Recientemente se ha reportado el uso de la calcitonina, sola o en combinación

con antibióticos, como tratamiento intrapulpar con el fin de disminuir la aparición de reabsorción inflamatoria; los resultados en animales de experimentación con esta técnica parecen ser prometedores.

Antibióticos.

El uso de antibióticos en forma sistémica en el momento del reimplante y antes del tratamiento endodóntico, ayuda a evitar la invasión bacteriana desde la pulpa necrótica y por lo tanto disminuye la frecuencia de reabsorción inflamatoria. Si la contaminación bacteriana ocurre antes de la administración del antibiótico, éste no será de mucha utilidad. En este caso, la administración intrapulpar de antibióticos ha demostrado ser benéfica para disminuir la reabsorción inflamatoria antes del tratamiento endodóntico final.

Las guías de tratamiento para el diente avulsionado son las siguientes:

- Cuando el paciente se reporta telefónicamente, recordemos que desde el punto de vista del pronóstico, es mejor el reimplante Inmediato y por lo tanto debemos recomendarle que él mismo trate de hacer el reimplante y se reporte luego al consultorio para los procedimientos de radiografía, ferulización, seguimiento y endodoncia.
- Cuando el paciente llega al consultorio para llevar a cabo el reimplante, los procedimientos son los siguientes:
 - Coloque el diente en solución salina, flúor o leche
 - Examine el alvéolo.
 - Lave el diente con solución salina, sin manipularlo por la raíz.
 - Lave el alvéolo con solución salina.
 - Haga el reimplante suavemente, tomando el diente por la corona, sin manipular la raíz.
 - Coloque férula semirrígida durante 10 días.

- Inicie la terapia antibiótica.
- Refuerzo con toxoide tetánico, si es necesario.
- Si el diente presenta ápice cerrado, haga la apertura cameral y relleno con hidróxido de calcio a los diez días en la cita en que se removerá la férula.

El hidróxido de calcio debe dejarse mínimo durante 6 meses y luego, si se comprueba que no existen complicaciones, se debe hacer el relleno con gutapercha.

En los casos en los cuales existe ápice abierto hay un chance remoto de revascularización, aunque cuando esto se ha demostrado, se ha visto que el tejido que llena el conducto radicular no es igual a la pulpa original y presenta además un reducido número de células y de vasos sanguíneos y el tejido duro es atubular. Estas observaciones fueron llevadas a cabo en perros y por lo tanto se debe tener precaución al extrapolar esta información a los humanos.

Cicatrización periodontal en dientes avulsionados

Reabsorción de superficie.

Se refiere a la presencia de cavidades de reabsorción a lo largo de la superficie radicular. En animales de experimentación se ha demostrado que estas lagunas de reabsorción aparecen 14 días después de realizado el reimplante. Estas se producen en parte por la desecación de la membrana periodontal, pero si ésta permanece vital y la pulpa no se infecta, esas lagunas se reparan con cemento, probablemente debido a la estimulación funcional (Figura 2-14).

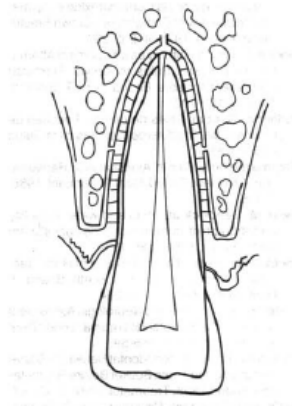


Figura 2-14 Reabsorción de superficie.

Reabsorción por remplazo.

Es una reacción patológica en la cual grandes cantidades de tejido duro radicular son reabsorbidas y llenadas con hueso alveolar, lo cual producirá una anquilosis.

Esta reabsorción es producida por odontoblastos que son similares a los osteoclastos y del mismo origen hematológico, pero de menor tamaño y con menos núcleos que los osteoclastos. También ha sido demostrado en animales de experimentación que aquellos dientes ferulados por largos períodos (30 días o más), tienden a presentar anquilosis más a menudo que los ferulados por menor tiempo.

Otro factor que influye

en que la anquilosis sea más frecuente es el período extraoral, a mayor período extraoral mayores las posibilidades de anquilosis (Figura 2-15).



Figura 2-15 Reabsorción por reemplazo

Reabsorción inflamatoria.

Es una reacción patológica similar a la osteítis periapical, producida por los productos necróticos que penetran al espacio periodontal a través de los tubulillos dentinarios.

Esta puede mejorarse con la terapia pulpar, pero si en los tubulillos dentinarios permanece algún resto necrótico, éste puede migrar al espacio periodontal y empeorar el pronóstico. Se ha demostrado que la reabsorción inflamatoria se observa más a menudo en las superficies redondeadas del diente (bucal y lingual), que son las más afectadas durante el movimiento rotatorio que precede a la avulsión. Por lo tanto, puede concluirse que para que se produzca la reabsorción inflamatoria, es necesario un daño a la superficie radicular, además de la necrosis e infección del tejido pulpar.

Radiográficamente la reabsorción inflamatoria se observa como áreas radiolúcidas redondeadas y clínicamente hay un aumento en la movilidad del diente, debido a la destrucción de la inserción colágena en el ligamento periodontal (Figura 2-16).

El tratamiento de estas complicaciones requiere manejo endodóntico en la mayoría de los casos. Para mayores detalles sobre este tipo de tratamiento, el lector

debe referirse a un texto de Endodoncia.

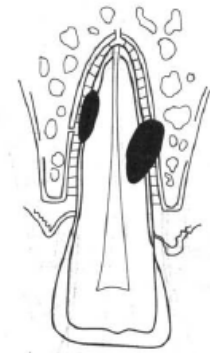


Figura 2-16 Reabsorción inflamatoria.

Artes marciales mixtas

Las Artes Marciales Mixtas, es un deporte de combate, y de contacto pleno, que permite el uso de una amplia variedad de estilos y técnicas de pelea. Las reglas contemplan tanto técnicas de golpe, como de sumisión, ya sea de pie, o en el suelo. Así, en sus inicios, los combates en los torneos de MMA fueron protagonizados por competidores con muy diversa formación marcial.

Las Artes Marciales Mixtas consisten en la combinación de la práctica o estilo de pelea de dos o más artes marciales, es decir, realizando una combinación de los diferentes movimientos de pelea de cada arte marcial en una misma práctica de combate. Las artes marciales mixtas contemporáneas hacen una combinación de diferentes artes marciales como son: Boxeo, Muay thai, Jiujitsu, Karate, Judo, entre otras. No se consideran las artes marciales mixtas como un estilo marcial unitario e individual, sino un estilo de combate global y variable según el tipo de arte marcial unitaria tomada como base.

Las raíces de las Artes marciales mixtas

Pueden rastrearse a varias competencias con mezclas de estilos que sucedieron en Europa, Japón y el Anillo del Pacífico durante principios del siglo XX. El “Vale Tudo”, desarrollado en Brasil durante los años 20, más brutal y mucho menos regulado que el actual MMA, fue importado a EE.UU. por la familia Gracie, por medio de la fundación de la hoy inconfundible *Ultimate Fighting Championship* (UFC). A su vez, algunas competencias profesionales de MMA se realizaron en Japón, bajo el alero de la desaparecida organización *Shooto*, en 1989.

Con el paso del tiempo, los peligrosos combates estilo Vale Tudo de los primeros eventos de la UFC fueron modificados, dando más seguridad a los peleadores, por medio de la implementación de nuevas reglas que han dado forma a lo que hoy conocemos popularmente como MMA

Clasificación de las artes marciales mixtas

En Venezuela las artes marciales mixtas se clasifican popularmente por la práctica del boxeo, Jiu-jitsu y Muay Thai, siendo las que presentan mayor índice de adultos practicantes con respecto a otro tipo de artes marciales.

Boxeo

El Boxeo o Box, como también se lo denomina popularmente, es un deporte de contacto en el cual se enfrentan dos individuos que lucharán únicamente con sus puños enfundados en unos guantes especiales con los cuales se golpearán y cuya principal condición será golpear al contrario por encima de la cintura dentro de un cuadrilátero que se encuentra especialmente diseñado para tal fin.

Este deporte de carácter olímpico consta de breves secuencias de lucha denominadas asaltos o rounds en las cuales los boxeadores luchan entre sí, pero siempre siguiendo el riguroso mandato que impone el reglamento que será aplicado

por el árbitro quien sigue de cerca cada uno de los movimientos y los golpes dentro del cuadrilátero junto a los luchadores. El boxeo es una práctica realmente muy antigua, sus orígenes se remontan a África al siglo 6.000 A.C., en tanto, las primeras normas datan de mediados del siglo XVIII.

Tradicionalmente, como consecuencia de la violencia que per se despliega e implica, el boxeo ha sido una práctica especialmente practicada por los hombres y que por tanto ha contado con una importante cuota de prejuicios de género cuando las mujeres pidieron su lugar en el, sin embargo, con el correr de los tiempos y los diferentes avances y logros alcanzados por la mujer, el boxeo profesional le ha dado un lugar a esta y hoy en día es común y recurrente la práctica a nivel competitivo por parte de las mujeres, aunque claro, en materia de convocatoria todavía el boxeo masculino le saca varios rounds de ventaja.

Como mencionamos más arriba, la pelea se encuentra dividida en rounds y asaltos, siendo la cantidad de estos determinada por el tipo de evento del que se trate. Por ejemplo los campeonatos del mundo y continentales se realizan a 12 asaltos, los que implican obtención de título nacional a 10 y los sin título en juego, de acuerdo a lo que se pacte, 4, 6, 8 o 10.

El golpe de nocaut es aquel que dejará fuera de combate a uno de los adversarios y por tanto es el que decidirá el final de una pelea y al ganador, en tanto, cuando los asaltos pactados finalizan sin nocaut, el jurado por votación decidirá quién es el ganador de la pelea en cuestión.

Entre los golpes prohibidos dentro de una pelea se cuentan los siguientes: golpear la nuca o por detrás de la cabeza al rival, patear al oponente, hacerlo tropezar, golpear por debajo del nivel del cinturón del otro, provocar cabezazos intencionales.

Además de los guantes, los accesorios de un boxeador son: protector bucal, bata y cinturón de soporte.

Jiu-jitsu

El Jiu-jitsu es un arte marcial de Japón que se centra en el ataque. Los profesionales utilizan tiros y llaves para defenderse en la calle o para derrotar a un oponente en la competencia con la finalidad de lograr una inmovilización o sumisión, el jiu-jitsu puede practicarse o no con un kimono puesto por parte de los practicantes de esta arte marcial. El jiu-jitsu, como otras artes marciales, utiliza un sistema de clasificación basado en cinturones de diferentes colores. Cada cinturón tiene un color único y se utiliza para representar el nivel de habilidad del estudiante

Rangos Jiu-jitsu

El Jiu-jitsu, como otras artes marciales, utiliza un sistema de clasificación basado en cinturones de diferentes colores. Cada cinturón tiene un color único y se utiliza para representar el nivel de habilidad del estudiante.

-Cinturón Blanco: Es cinturón de rango más bajo dentro del Jiu-Jitsu brasileño. Es el rango en poder de cualquier practicante de nuevo en el arte y no tiene ningún requisito previo.

-Cinturón azul Es el cinturón de adultos segundo más bajo, el cual está entre el grado de principiante y el rango intermedio. Una estimación general del tiempo necesario para obtener una cinta azul en la mayoría de las academias es de 1 a 2 años.

-Cinturón Morado: Es un cinturón intermedio en el arte de Jiu-Jitsu brasileño. Por lo general se pasa por lo menos 3 años en dedicación y la formación como cinturón azul para lograr el cinturón Morado.

A pesar de que sea un rango intermedio, el practicante cinturón púrpura nivel tiene una cantidad enorme de conocimientos, y los cinturones violetas son generalmente considerados cualificados para instruir a los cinturones más bajos

-Cinturón Marrón: Este cinturón es el comienzo en las filas de la élite, y por lo general toma por lo menos 5 años de entrenamiento. Como es un grado de transición, es a menudo considerado como un tiempo para refinar en vez de acumular técnicas, ya que se han adquirido los conocimientos técnicos y prácticos hasta llegar a un nivel de cinturón negro.

-Cinturón negro: es el cinturón más alto en el arte de Jiu-Jitsu brasileño, lo que denota un nivel experto de la habilidad técnica y práctica. Se estima que el tiempo requerido para lograrlo es de 10 años.

Muay Thai

Creado hace más de cientos de años, el arte marcial Muay Thai es conocido por su tremendo poder, máxima eficiencia y simplicidad. A menudo conocida como “El Arte de los Ocho Miembros”, Muay Thai utiliza una hermosa sinfonía de patadas, golpes, rodillas y codos con fluidez y gracia. Muay Thai es ahora una de las más conocidas y practicadas artes marciales en el mundo. Ha demostrado ser efectiva, razón de por qué es la base más común de los golpes en el creciente mundo de las artes marciales mixtas.

Muay Thai es por lejos el arte de golpear más efectiva en el mundo. Muay Thai ha sido probado en competiciones y situaciones reales por cientos de años, refinando el arte para que sea rápido, eficiente y poderoso. Además, su prueba constante en combate por habilidosos practicantes ha causado que cada aspecto del arte sea

desarrollado al máximo. Muay Thai es ahora una de las más conocidas y practicadas artes marciales en el mundo. Ha demostrado ser efectiva, razón de por qué es la base más común de los golpes en el creciente mundo de las artes marciales mixtas.

Muay Thai es un arte marcial y un deporte de combate como ningún otro. El arte incorpora el uso de rodillas, codos y manos. Le permite al practicante usar todas las armas disponibles en el cuerpo humano, a distancia de patada, golpe, haciéndolo muy efectivo en todos los tipos de pelea como ningún otro arte marcial.

También uno de los pocos artes marciales en el mundo que ha sido, sin duda, probado para la batalla y certificado para situaciones reales en la calle. Aunque es considerado como un arte marcial de golpes, Muay Thai también tiene técnicas de lanzamiento, bloqueos, usando la fuerza del oponente, incluso sumisión. La condición de la mente, cuerpo y espíritu necesario para el Muay Thai también le da a los practicantes la confianza necesaria para situación de defensa en la vida real.

Esta específicamente diseñado para promover el nivel de aptitud y fuerza física necesitado para la competencia en el ring incluso para practicantes recreativos. Al correr, saltar la soga y boxear dan el ejercicio aeróbico que te preparan para los entrenamientos más intensos. Muay Thai también permite desarrollar una gran resistencia anaeróbica con ejercicios como golpear y patear en bolsas, impulsándote a llevar tu cuerpo al límite. Esto hace al Muay Thai no solo un arte marcial perfecto, sino también una efectiva manera de hacer ejercicio. Con un entrenamiento continuo,

2.3.- Definición de términos.

Cemento: tejido conectivo mineralizado que recubre la porción radicular de las piezas dentarias cuya función es anclar las fibras del ligamento periodontal a la raíz del diente.

Dentina: tejido duro de del diente que subyace al esmalte y cemento, representa el eje estructural del diente y representa al tejido mineralizado de mayor volumen de la pieza dentaria.

Encía: cubierta mucosa y fibrosa de las apófisis alveolares, forma parte de la mucosa masticatoria.

Esmalte: Tejido duro brillante que cubre la corona anatómica del diente.

Fractura: Rotura de una parte. En cavidad oral, se observa con mayor frecuencia las fracturas en dientes y huesos.

Hematoma: Masa de sangre atrapada en los tejidos causada por traumatismos u otros factores que dan lugar a la ruptura de vasos sanguíneos.

Hueso: Tejido conectivo denso y ligeramente elástico en el que las fibras se encuentran impregnadas con una forma de fosfato de calcio similar a la hidroxiapatita.

Hueso alveolar: Estructura ósea especializada que contiene los alveolos o bases de los dientes y soporta a los dientes.

Lesión: Trastorno patológico que sufren los tejidos con pérdida de la continuidad, engrosamiento y/o función.

Ligamento periodontal: Delgada capa de tejido conectivo fibroso, que, por medio de sus fibras, unen a la pieza dentaria con el hueso alveolar.

Mucosa oral: Membrana recubierta por epitelio y lámina propia que reviste el interior de la cavidad bucal.

Patología: Rama de la ciencia que se ocupa de la enfermedad en todas sus relaciones, especialmente de la naturaleza y los cambios funcionales y materiales que provoca.

Prevalencia: Se define en epidemiología, como todos los casos nuevos y antiguos de una enfermedad o manifestación de un hecho durante un periodo determinado de tiempo.

Pulpa: Tejido conectivo de variedad laxa, ricamente vascularizado e innervado.

Raíz: Parte de un diente humano cubierta por cemento, representa la parte del diente anclada al hueso alveolar.

Tejido: agregación de células de especialización similar unidas en la realización de una función en particular.

Trastorno: Se define como una alteración de la función.

Traumático: Termino perteneciente a una lesión o causado por la misma.

Traumatismo: Se define como cualquier lesión, herida, daño, o alteración que produce una degeneración del cuerpo.

Tratamiento odontológico: procedimiento o servicio dental determinado por un profesional odontológico como necesario para establecer o mantener la salud oral.

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se hace referencia a todo aquello relacionado con la metodología, que se utiliza en este trabajo de investigación para obtener información a través de una serie de métodos y técnicas, la cual será analizada posteriormente. Sin embargo Arias (2012), explica que “es el conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas...” (p.18). Al respecto, Balestrini (2006) define "el marco metodológico como la instancia referida a los métodos, las diversas reglas, registros, técnicas y protocolos con los cuales una teoría y su método calculan las magnitudes de lo real".

3.1.- Tipo y diseño de la investigación.

La presente investigación corresponderá a un estudio de campo, de carácter epidemiológico, con un nivel descriptivo y de diseño no experimental, de corte transversal. Con la finalidad de Identificar las principales lesiones traumáticas de cavidad bucal que presentan los adultos practicantes de artes marciales mixtas de la academia “Fight Club Carabobo”.

Se entiende por investigación de campo, el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia. Los datos de interés serán recogidos en forma directa de la realidad, datos originales o primarios, que estudian la distribución, frecuencia o ausencia de lesiones considerando todas las variables asociadas, por lo tanto se ocupa de los determinantes y las causas de las lesiones traumáticas; se ocupa además de los procesos evolutivos de los servicios de salud.

Entre las variables más frecuentes a considerar en los estudios epidemiológicos se encuentra la prevalencia, que se refiere a la secuencia del evento, específicamente al número de casos existente de una patología o condición específica, e incluye otras variables referentes a las personas, entre ellas: edad, sexo, procedencia, además todas las necesarias y apropiadas para estudiar con claridad las lesiones traumáticas presentes en los participantes de las artes marciales mixtas.

Los estudios descriptivos se plantean cuando el propósito de la investigación es describir situaciones y eventos. Esto es, decir como es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Es necesario hacer notar que los estudios descriptivos miden de manera independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Desde luego pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas. Los estudios descriptivos pueden ofrecer la posibilidad de predicciones aunque sean rudimentarias.

En cuanto al diseño de la investigación no experimental se refiere a aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables, lo que se hace es observar el fenómeno tal y como se dan en el contexto natural, para después analizarlos. Los diseños de investigación no experimental de acuerdo al número de momentos o puntos en el tiempo se clasifican en transversales y longitudinales. Los diseños transversales se centran en analizar cuál es el estado de una o diversas variables en un momento dado, o bien en cuál es la relación entre las variables en un punto en el tiempo.

3.2 Población

La población corresponde a la obtención de la medición de todos los individuos. Tamayo, M33 la define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. Por otra parte es una población finita donde los elementos en su totalidad son identificables por el investigador.

Para el cumplimiento de los objetivos de la investigación, se tomará como población cincuenta (50) adultos masculinos practicantes de artes marciales mixtas de la academia "Fight Club Carabobo", los cuales hacen un enfoque en la práctica de Boxeo, Jiujitsu o Muay thai diariamente, para la identificación de las principales lesiones traumáticas de cavidad bucal en los atletas de la academia.

3.3 Muestra

En el presente estudio, la muestra será de treinta (30) adultos masculinos practicantes de artes marciales mixtas de la academia "Fight Club Carabobo", los cuales presentan una práctica continua de las disciplinas marciales, presentan asistencias regulares a la academia y hacen enfoque en la práctica de dos o más tipos de arte marcial, por lo que se trató de una muestra no probabilística de tipo intencional y será recogida durante el mes de septiembre por medio de una ficha de observación a 30 practicantes de las artes marciales en dicho centro de entrenamiento, para así lograr así un resultado genuino y de datos auténticos sobre identificación de las principales lesiones traumáticas de cavidad bucal que presentan los adultos practicantes de artes marciales mixtas de la academia "Fight Club Carabobo".

3.4 Técnica de recolección de datos

Para llevar a cabo un trabajo de investigación el investigador cuenta con gran variedad de métodos para diseñar un plan de recolección de datos. Tales métodos varían de acuerdo con cuatro dimensiones importantes: estructura, confiabilidad, injerencia del investigador y objetividad. La presencia de estas dimensiones se reduce al mínimo en los estudios cualitativos, mientras que adquieren suma importancia en los trabajos cuantitativos, no obstante el investigador a menudo tiene la posibilidad de adaptar la estrategia a sus necesidades. Cuando la investigación está altamente estructurada, a menudo se utilizan instrumentos o herramientas para la recolección formal de datos. El método elegido es la ficha de recolección de datos. Lo que define e implica lo siguiente.

Para el presente trabajo se utilizó la técnica de encuesta y la técnica de observación directa., en los cuales la recolección de datos se llevará a cabo mediante un instrumento que presenta 24 ítems. Vista del instrumentó de interrogación y observación Anexo N° 2

3.5 Técnica de análisis de los datos

Según Arias (2004), "en este punto se describen las distintas operaciones a las que serán sometidos los datos que se obtengan" (p. 99). Una vez aplicado el instrumento en los sujetos de estudio y recogidos los datos, se procedió a su ordenación, tabulación y análisis a través de cuadros y gráficos.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Presentación de los resultados

Apreciación general de los datos obtenidos por medio de la encuesta realizada a la muestra, conformada por una serie de 24 ítems, aquí la expresión de los resultados obtenidos según la cantidad (30) de participantes y practicantes de artes marciales mixtas en academia “Fight Club Carabobo”.

A groso modo los resultados obtenidos nos permiten conocer desde los gustos de los practicantes de las artes marciales que participan en la encuesta y ficha de observación, pasando por sus conocimientos sobre si han presentado una lesión traumática en la cavidad bucal, la importancia de acudir a la consulta odontológica al momento de sufrir un traumatismo o lesión en boca, hasta la lesión de mayor prevalencia en la academia “Fight Club Carabobo” en el segundo trimestre del año 2017. A continuación, una visión de estos tres pilares de la investigación.

Como antes fue señalado las artes marciales mixtas que se hacen practican en la academia "Fight Club Carabobo" están constituidas por la mezcla de tres disciplinas marciales, pero no todos los practicantes de la academia practican obligatoriamente las tres disciplinas durante su entrenamiento. Por medio del

instrumento de recolección de datos se determina que los practicantes de las artes marciales en esta academia prefieren hacer practica individual del Muay thai, luego de manera individual del JiuJitsu y por último, la practica individual del Boxeo.

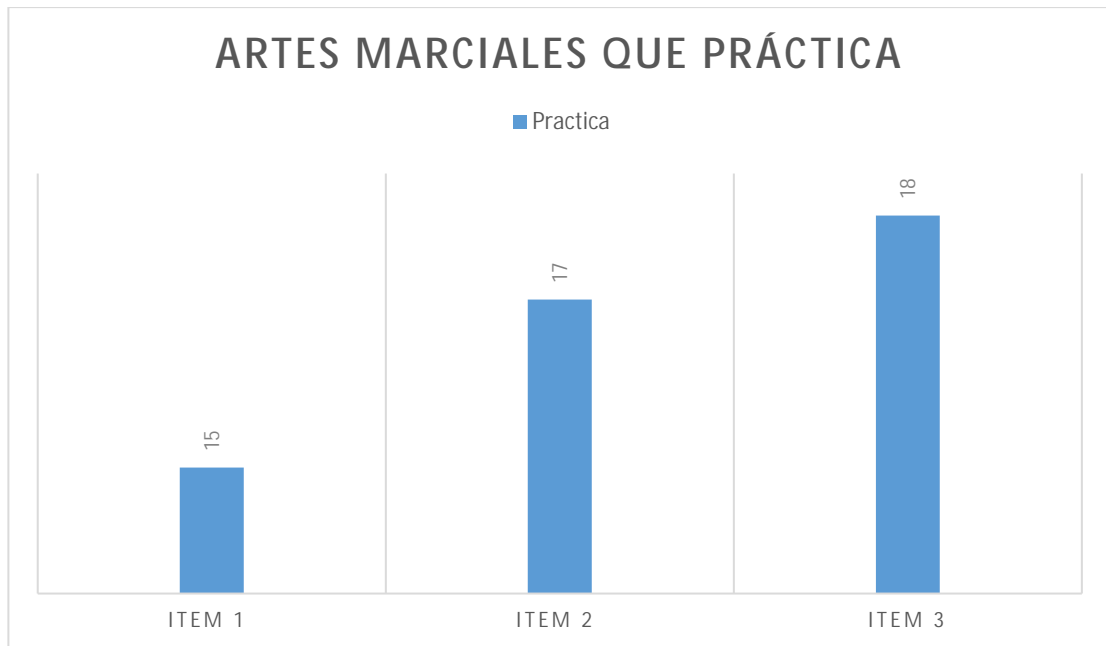
Basados en las preguntas dicotómicas, se determinó que se presenta una mayor cantidad de practicantes de la academia que no tienen conocimiento de haber presentado un traumatismo o lesión en la cavidad bucal al momento de practicar artes marciales, representando un 53,33% de los encuestados, a diferencia del 46,66% de los encuestados que si presentaron conocimiento de haber presentado un traumatismo a nivel de la cavidad bucal. Los practicantes que presentan conocimiento de la importancia de asistir al odontólogo al momento de sufrir un traumatismo o lesión en la boca es de 97% de los encuestados, a diferencia del 3% que no conoce la importancia de acudir al odontólogo al momento de presentar un traumatismo bucal..

Existen diferentes tipos de lesiones traumáticas que pueden presentar practicantes de las artes marciales mixtas. Esta investigación determinó que la lesión traumática de mayor prevalencia fue la lesión de laceración de la encía o mucosa oral, obteniendo un total de 13 afectados por esta lesión, es importante resaltar que los entrevistados y observados fueron en total 30 personas todos practicantes de las artes marciales en la academia “Fight Club Carabobo” en el segundo trimestre del año 2017.

4.2 Análisis e interpretación del diagnóstico

En este capítulo se analizan los resultados obtenidos de la información recopilada a través de un instrumento diagnóstico. Este análisis deriva principalmente de la organización y sistematización de la información recopilada, para la obtención de resultados en función de las interrogantes de la investigación. Es fundamental en este capítulo los datos aportados por los practicantes de las artes marciales mixtas, (30 en totalidad) a quienes se le aplicó el instrumento.

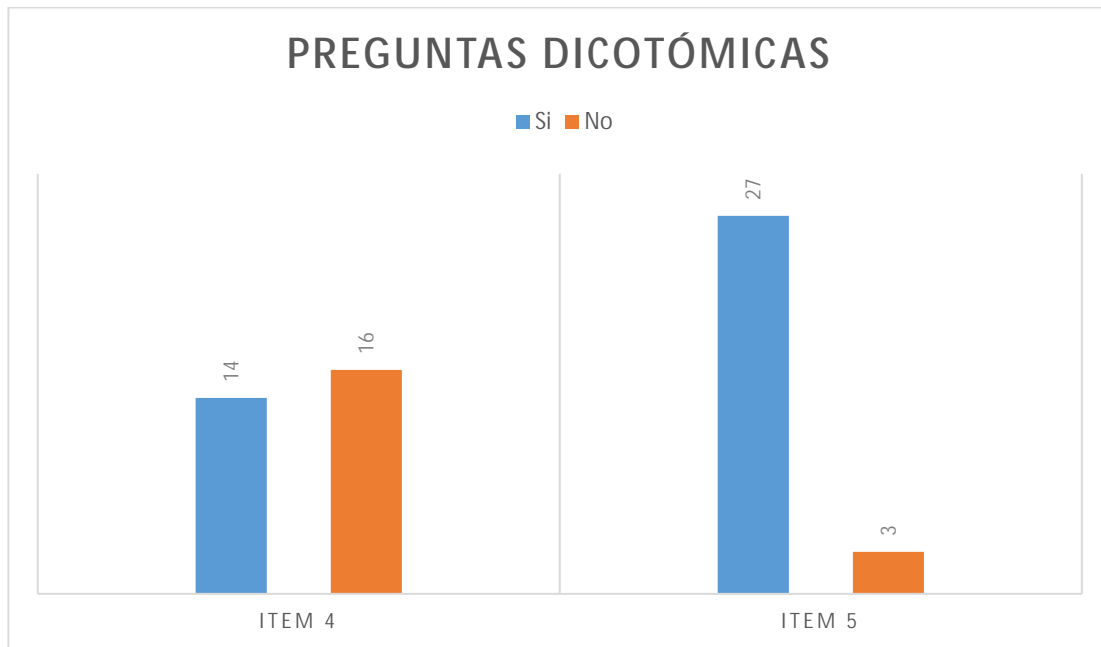
Gráfico N° 1: Arte marcial que practican los atletas



Aranda y Luyando. 2017.

Análisis: Con relación en la práctica de artes marciales mixtas en la academia “Figh Club Carabobo” encontramos 3 disciplinas: El Ítems 1 corresponde al boxeo, el ítem 2 al Jujitsu y el ítem 3 al Muay thai, representado a la cantidad de participantes que practican dicha arte marcial. Luego de la aplicación del instrumento obtenemos los siguientes resultados en el ítem 1 boxeo 15 participantes lo practican, para ítem 2 Jujitsu 17 participantes lo practican y para ítem 3 Muay Thai 18 participantes lo practican siendo este el de mayor resultado y la prevalencia mayor en lesiones de cavidad bucal.

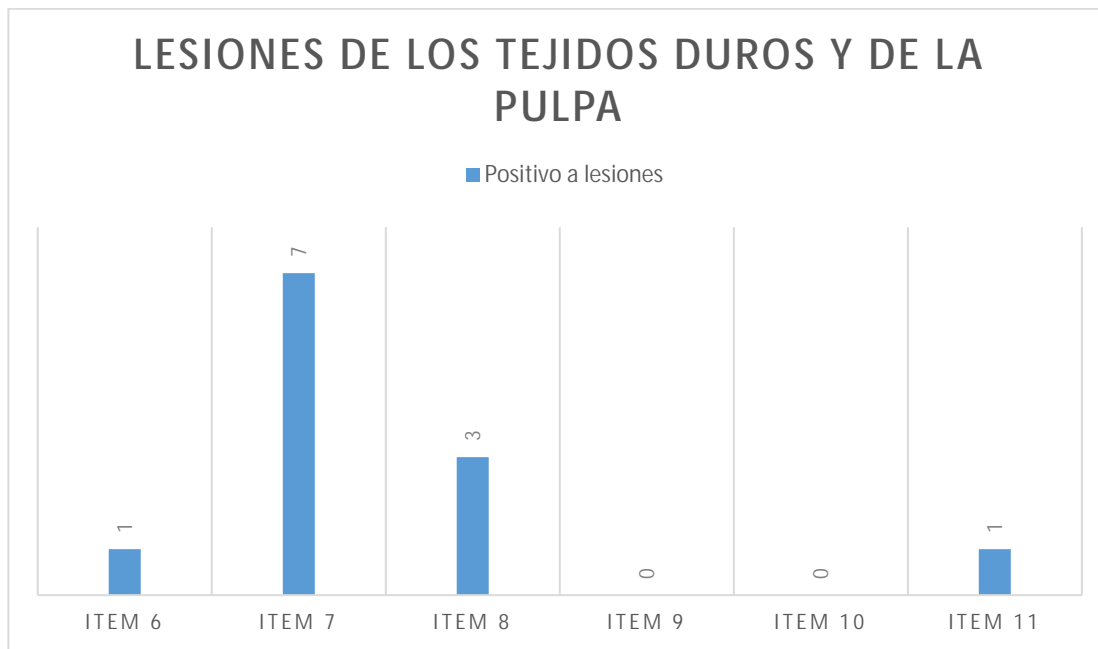
Gráfico N° 2: Interrogatorio dirigido por dos preguntas dicotómicas.



Aranda y Luyando. 2017.

Análisis: Se hizo necesario realizar dos preguntas dicotómicas a los participantes para tener resultados viables ante su conocimiento y respuesta ante una lesión traumática causada por la práctica de artes marciales mixtas, corresponden al 4 y 5, el ítem 4 corresponde a "Usted ha sufrido un traumatismo o lesión en la boca?"; generando el resultado positivo 14 y negativo 16, tomando en cuenta que los encuestados son 30 participantes se interpreta que es mayor el número de participantes que no ha sufrido ningún traumatismo. y el siguiente ítem corresponde a "Usted conoce la importancia de asistir al odontólogo al momento de sufrir un traumatismo o lesión en la boca?"; generando el resultado positivo 27 y negativo 3 tomando en cuenta que los encuestados son 30 participantes se interpreta que es mayor el número de participantes si sabe que es importante asistir al odontólogo luego de una lesión traumática.

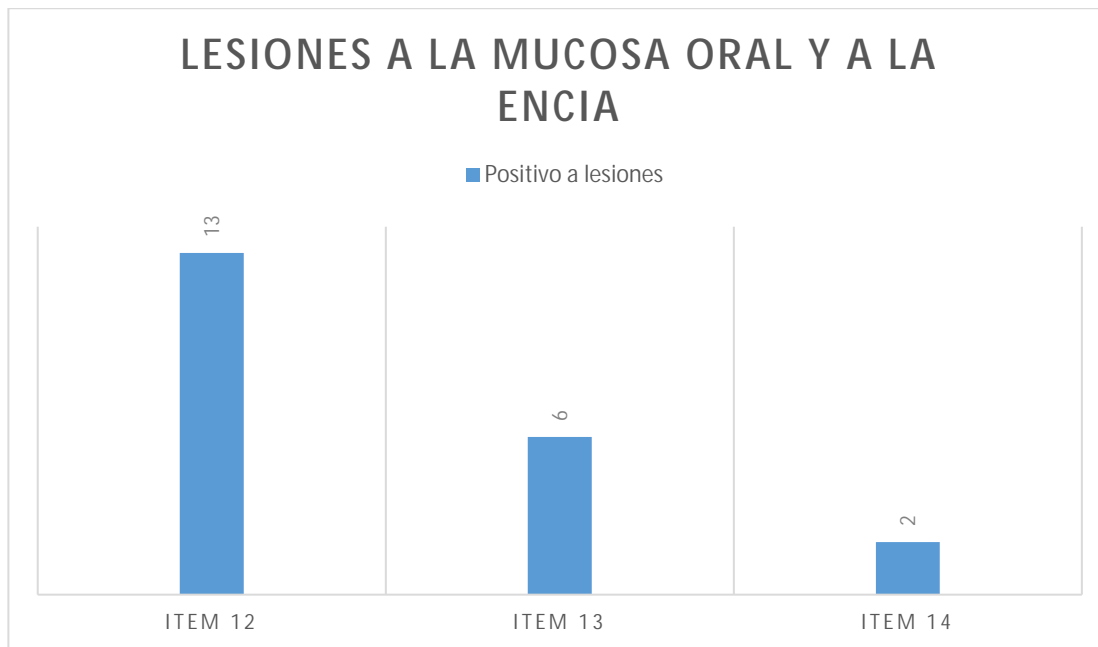
Gráfico N° 3: Lesiones a los tejidos duros y la pulpa.



Aranda y Luyando. 2017.

Análisis: Con relación a las diferentes lesiones que afectan a los tejidos duros y la pulpa, los cuales corresponden a los ítems 6, 7, 8, 9, 10 y 11 a continuación se interpretaran los resultados obtenidos partiendo del que más valor obtuvo el ítem 7 obtuvo un resultado de 7 que corresponde a fractura coronal no complicada siendo esta la más significativa de este grupo de lesiones, luego el ítem 8 obtuvo un resultado de 3 que corresponde a fractura coronal complicada, luego el ítem 6 y 11 obteniendo el resultado de 1 cada uno de estos corresponden a línea de fractura y fractura radicular, luego el ítem 9 y 10 obteniendo el resultado de 0 cada uno de estos corresponden a fractura corona-raíz no complicada y Fractura corona-raíz complicada siendo esta la menos significativa de este grupo de lesiones.

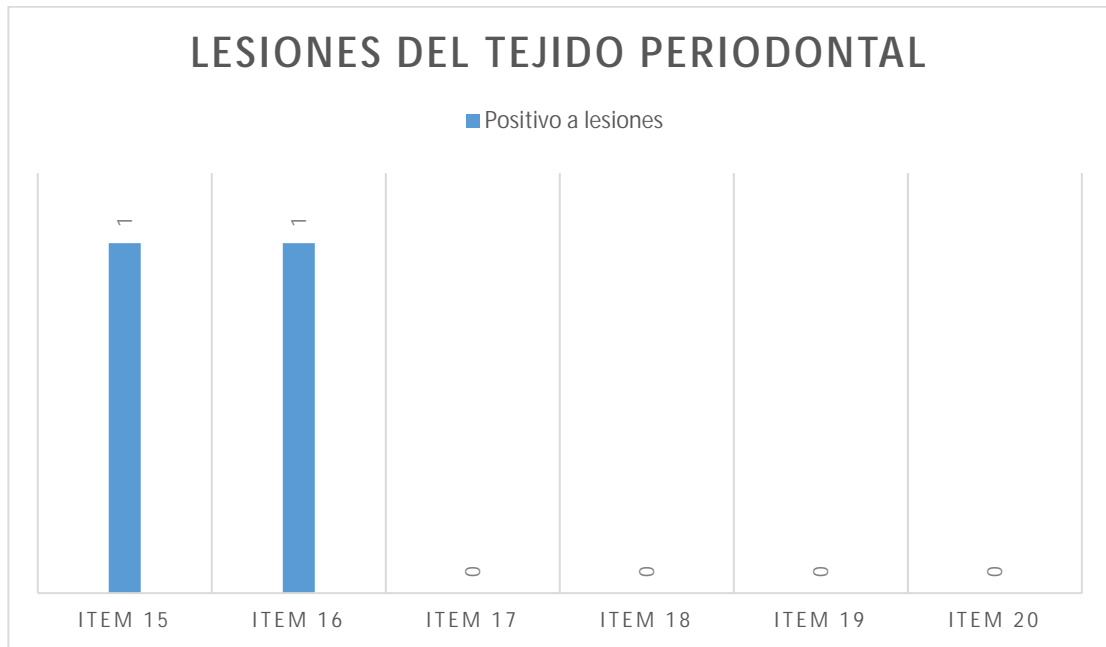
Gráfico N° 4: Lesiones a la mucosa oral y/o encía



Aranda y Luyando. 2017.

Análisis: Con relación a las diferentes lesiones que afectan a la mucosa oral y/o encía, las cuales corresponden a los ítems 12, 13 y 14, a continuación se interpretaran los resultados obtenidos partiendo de que el ítem 12 obtuvo un resultado de 13 positivos que corresponde a laceración de la encía y/o mucosa oral, esta es la más significativa de este grupo de lesiones. El ítem 13 obtuvo un resultado de 6 que corresponde a contusión siendo la de valor medio en este grupo de lesiones, El ítem 14 obtuvo un resultado de 2 que corresponde a abrasión siendo la de valor más bajo en este grupo de lesiones.

Gráfico N° 5: Lesiones del tejido periodontal.



Aranda y Luyando. 2017.

Análisis: Con relación a las diferentes lesiones que afectan a los tejidos periodontales los cuales corresponden a los ítems 15, 16, 17, 18, 19 y 20. A continuación se interpretaran los resultados obtenidos partiendo del que más valor obtuvo el ítem 15 y 16 obteniendo el resultado de 1 cada uno de estos corresponden concusión y subluxación, siendo estas las de valor más alto en este grupo de lesiones, luego el ítem 17, 18, 19 y 20 obteniendo el resultado de 0 cada uno de estos corresponden a luxación intrusiva, luxación extrusiva, luxación lateral y avulsión o desarticulación siendo estas las de valor más bajo en este grupo de lesiones.

Gráfico N° 6: Lesiones al hueso de soporte.



Aranda y Luyando. 2017.

Análisis: Con relación a las diferentes lesiones que afectan al hueso de soporte los cuales corresponden a los ítems 21, 22, 23 y 24. A continuación se interpretaran los resultados obtenidos partiendo del que más valor obtuvo el ítem 24 obtuvo un resultado de 1 que corresponde a fractura del maxilar o la mandíbula siendo este el de mayor valor en este grupo de lesiones, luego los ítem 21, 22 y 23 obteniendo el resultado de 0 cada uno de estos corresponden conminución del hueso alveolar, fractura de la pared del hueso alveolar y fractura del proceso alveolar siendo estas las de valor más bajo en este grupo de lesiones.

CONCLUSIONES

- El tipo de arte marcial que presenta la mayor cantidad de adultos practicantes es el Muay thai.
- EL 53,33 de los adultos practicantes de Artes marciales mixtas de la academia Fight Club Carabobo no tienen conocimiento de haber sufrido un traumatismo o lesión en la cavidad bucal, mientras que un 46,66% refiere tener conocimiento de haber sufrido un traumatismo a nivel bucal, lo cual un 90% de los adultos tiene conocimiento de la importancia de acudir a la consulta odontológica al momento de presentar un traumatismo a nivel bucal, mientras que un 10% no tiene conocimiento del mismo.
- Se clasificaron los tipos de traumatismos que sufren los adultos practicantes de artes marciales mixtas de la academia "Fight Club Carabobo" según el tipo del tejido donde se presente el traumatismo y la cantidad de lesiones positivas:

Lesiones de los tejidos duros y de la pulpa:

Línea de Fractura: 1 Positivos.

Fractura coronal no complicada: 7 positivos.

Fractura coronal complicada: 3 positivos.

Fractura radicular: 1 positivo.

Lesiones a la mucosa oral y/o encía:

Laceración de la encía y/o mucosa oral: 13 positivos.

Contusión: 6 positivos.

Abrasión: 2 positivos.

Lesiones del tejido periodontal

Concusión: 1 positivo.

Subluxación: 1 positivo.

Lesiones del hueso de soporte:

Fractura de maxilar o de la mandíbula: 1 positivo.

- La lesión de mayor prevaecía entre los practicantes de artes marciales mixtas de la academia “Fight Club Carabobo” en la Laceración de encía y/o mucosa oral.
- La disciplina marcial que presento la mayor prevalencia de lesiones traumáticas fue el Muay thai.

RECOMENDACIONES

Implementar un plan de acción educativo específico y puntual que sea útil para los profesionales de la odontología tanto como los que se encuentran en formación académica para que ellos mismos promocionen la prevención a los practicantes de artes marciales mixtas y/o deportes de alto riesgo generando conciencia sobre los diferentes tipos de lesiones traumáticas más comunes y como tratarlas.

Implementar un plan de acción educativo específico y puntual que sea útil para los practicantes de la académica “Fight Club Carabobo” para que ellos adquieran el conocimiento necesario de la prevención de traumatismos en practica de artes marciales mixtas generando conciencia sobre los diferentes tipos de lesiones traumáticas más comunes y como tratarlas.

Realizar más investigaciones epidemiológicas que permitan expandir los conocimientos acerca de las lesiones traumáticas de mayor incidencia en las artes marciales mixtas, este tipo de estudios promueve la prevención y conciencia en los practicantes de este deporte y en los profesionales capacitados para brindarle tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dario Cardenas Jaramillo. Fundamentos de la odontología, odontología pediátrica 3^o edición (2003). Corporación para investigaciones biológicas.

Mallqui-Herrada. Traumatismos dentales en dentición permanente. (2012) Articulo en revision. Rev Estomatol Herediana.

Fernando Uribarri Zarranz. Urgencias bucodentales. (2012) Servicio de Urgencias de Pediatría, *Servicio de Odontopediatría. Hospital San Rafael. Madrid.

Vicente Faus Matoses. Traumatismos dentarios en Valencia. (2015) Tesis doctoral, Universidad de Valencia. Facultad de Medicina y Odontología.

Mosby, Diccionario de Odontología, Editorial Elsevier, Segunda edición, Año 2009.

Ferraris, Histología y embriología tisular Bucodental, Editorial Panamericana, Tercera edición, Año 2010.

Pryler, Guia de entrenamiento de artes marciales mixtas, 1era edicion, Editorial Betterway Sport, aNo 2009.

ANEXOS

Anexo N° 1 Operacionalización de variables

Objetivo general	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
Identificar las principales lesiones traumáticas de cavidad bucal que presentan los adultos practicantes de artes marciales mixtas de la academia "Fight Club Carabobo.	Lesiones traumáticas de cavidad bucal	Herida, Daño o alteración producida por una violencia de origen externo o interno que produce una degeneración del cuerpo. Trastornos patológicos que sufren los tejidos con pérdida de la continuidad y/o función del mismo.	En este punto se debe considerar la masa y la velocidad del objeto impactante. Objetos de gran masa y poca velocidad, como por ejemplo un golpe con el hombro, tienden a producir lesiones de luxación de los dientes y fracturas del proceso alveolar. Por el contrario, si el objeto es de poca masa y gran velocidad, se aumenta el riesgo de	Indagar sobre los tipos de artes marciales mixtas Comprobar el conocimiento que tienen los practicantes de artes marciales sobre la importancia de acudir a la consulta odontológica al momento de presentar un traumatismo	Tipo de Arte Marcial Practicada por adultos de la academia Fight Club Carabobo. Conocimiento del tratamiento odontológico luego de una lesión traumática en cavidad bucal	1 ,2,3 4,5	Ficha interrogatorio y observación

			fracturas coronales, por ejemplo: el caso de un balazo.				
				Lesiones traumáticas en cavidad bucal	Lesiones a los tejidos duros y la pulpa.	6,7,8,9,10,11	
					Lesiones a la mucosa oral y/o encías.	12,13,14	
					Lesiones a los tejidos periodontales.	15,16,17,18,19,20	
					Lesiones al hueso de soporte.	21,22,23,24	

Anexo N° 2 Instrumento

Instrumento utilizado para la recolección de datos, el cual fue validado a través del juicio de 3 expertos en el área de estudio del trabajo de investigación, los instrumentos de validación se presentan en el anexo N°4

Ficha de Interrogatorio Y Observación

Nombre Y Apellido: _____

GENERO	M	F	EDAD	+ FECHA		
Año natural que practica	1	Bonchi	2	Jruggia	3	Mayo 2011

Responde tipo interrogatorio

		SI	NO
4	¿Usted ha sufrido un traumatismo o lesión en la boca?		
5	¿Usted conoce la importancia de acudir al odontólogo a momento de sufrir un traumatismo o lesión en la boca?		

Evaluación

Lesiones en los tejidos duros y la pulpa		SI	NO
6	Llama de fractura		
7	Fractura coronal no complicada		
8	Fractura coronal complicada		
9	Fractura coronal sin raíz complicada		
10	Fractura coronal raíz complicada		
11	Fractura radicular		
Lesiones en la mucosa oral y o facial			
12	Laceración de la mucosa y o mucosa oral		
13	Chamuscadura		
14	Abrasion		

Lesiones del tejido periodontal		SI	NO
15	Cariesismo		
16	Parodontitis		
17	Fluorosis dentaria		
18	Lesiones estéticas		
19	Lesión lésica		
20	Abulión o reabsorción		
Lesiones al hueso de soporte			
21	Contusión del hueso alveolar		
22	Fractura de la pared del hueso alveolar		
23	Fractura de proceso alveolar		
24	Fractura de maxilar o la mandíbula		

Anexo N ° 3

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

**PREVALENCIA DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE CAVIDAD BUCAL EN
ADULTOS QUE PRACTICAN ARTES MARCIALES MIXTAS DE LA
ACADEMIA “FIGHT CLUB CARABOBO” EN EL SEGUNDO TRIMESTRE
DEL AÑO 2017.**

Yo, _____ identificado con el número de cedula que aparece al pie de mi firma, actuando a mi nombre y en calidad de (participante en el contexto de recolección de datos). Acepto participara de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para el proyecto en mención realizado por los investigadores:

Luyando P. Carlos A. CI: 24.300.436

Aranda P. Gabriel E. CI: 23.411.511

Accedo a participar y me comprometo a responder las preguntas que se me hagan de la forma más honesta posible. Autorizo a que lo hablado durante el proceso de observación y encuesta sea utilizado, para efectos sistemáticos y publicación de resultados final de la investigación.

Expreso que los investigadores me han explicado con antelación el objetivo y alcance de dicho proceso.

Firma: _____
CI: _____

Anexo N° 4

Validaciones de los expertos

Hoja de validación de la Od. Blasmir Giménez, docente del Área de clínica integral de la facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: PREVALENCIA DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE CAVIDAD BUCAL EN ADULTOS QUE PRÁCTICAN ARTES MARCIALES MIXTAS EN LA ACADÉMIA "SOUTH CLUB CARABOBO" EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2013.
AUTORES: Ananda Gabriel Y Layando Carlos

ÍTEMES	PERTINENCIA (Oportunidad Constructiva)		CLARIDAD (precisión)		COTERMINA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	SI	NO	OTRO
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		
21	✓		✓		✓		✓		
22	✓		✓		✓		✓		
23	✓		✓		✓		✓		
24	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:
 APLICABLE: NO APLICABLE: _____
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
<i>Blasmir Y Gimenez</i>	<i>V-11121571</i>	<i>[Firma]</i>
Profesión	Nivel Académico	Fecha
<i>Odontólogo</i>	<i>4to Nivel</i>	<i>28/10/2014</i>

Hoja de validación de la Od. Pia Lircioni, docente del Área de clínica integral de la facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: PREVALENCIA DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE CAVIDAD ORAL EN EL ADULTO QUE TRABAJA EN ARIAS MARIÁZUL MONTANOLA MEMBERS "TRUJILLO" CARRBORO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2011.
AUTORES: Amada Gabriel Y Luyando Carlos

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Científica)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		REVISIÓN		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	NIQUE	INSTRUMENTO	OPINION
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		
21	✓		✓		✓		✓		
22	✓		✓		✓		✓		
23	✓		✓		✓		✓		
24	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:
 APLICABLE: NO APLICABLE: _____
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Pia Lircioni	9.824.398	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
odontólogo	especialista	31/10/17

Hoja de validación de la Od. Bianca López, Coordinadora de extramuros Urbanos y pasantías de la facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos . para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: **PREVALENCIA DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE CAVIDAD BUCAL EN ADULTOS QUE PRACTEAN ARTES MARCIALES MIXTAS DE LA ACADÉMIA "SERGIU CLUI CARABOBO" EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2017.**
AUTORES: **Amalia Gabriel Y Leonardo Carlos**

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Contemporaneidad)		CLARIDAD (Precisión)		CÓHERENCIA (Cohesividad)		DECISION		
	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	dejar	rechazar	aprobar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		
21	✓		✓		✓		✓		
22	✓		✓		✓		✓		
23	✓		✓		✓		✓		
24	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:
 APLICABLE: NO APLICABLE:
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Bianca López	16861465	<i>Bianca López</i>
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontólogo	4to Nivel	17/10/17

