

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**Lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo
endotraqueal hospital Daniel Alcides Carrión; Pasco - enero
del 2017**

Para optar el título profesional de:

Licenciada En Enfermería

Autoras: Bach. Lisbeth RAPRI PALPA

Bach. Shirley Mirtha VASQUEZ VICENTE

Asesor: Dr. Javier SOLIS CONDOR

Cerro de Pasco – Perú – 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**Lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo
endotraqueal hospital Daniel Alcides Carrión; Pasco - enero
del 2017**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Mg. César Ivón TARAZONA MEJORADA
PRESIDENTE

Mg. Samuel ROJAS CHIPANA
MIEMBRO

Mg. Glenn Clemente ROSAS USURIAGA
MIEMBRO

DEDICATORIA

Le dedicamos el resultado de este trabajo a toda nuestra familia. Principalmente, a nuestros padres que nos apoyaron y contuvieron los momentos malos y en los menos malos.

Gracias por enseñarnos a afrontar las dificultades sin perder nunca la cabeza ni morir en el intento.

Shirley Mirtha V.V.

Lisbeth R.P.

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres.

Ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro amados padres, como una meta más conquistada. Orgullosa de haberlos elegido como mis padres y que estén a mi lado en este momento tan importante.

Shirley M.V.V. y Lisbeth R.P.

AUTORAS

RESUMEN

La presente investigación “Lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal hospital Daniel Alcides Carrión; Pasco - enero del 2017”. Tiene el objetivo general de determinar el comportamiento clínico de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo observacional, de sub tipo descriptivo básico. La poblacional muestral estuvo conformada por 96 pacientes con intubación endotraqueal que están en el hospital DAC PASCO, se empleó una ficha de evaluación clínica sintomatológica. Resultados, en el grupo masculino, de los 48 (100%) pacientes, solo 16 (33.3%) se mantenían con ausencia de signos de disfunción mioarticular, mientras que 28 (58.4%) pacientes los presentaban en un grado leve y 04 (8.3%) pacientes mostraban un grado moderado. Mientras que en el grupo femenino se pudo observar que de los 48 (100%) pacientes, la mayoría conformado por 32 (66.6%) pacientes no presentaban sintomatología asociada con disfunción mioarticular, seguido de 14 (29.2%) pacientes con disfunción leve, mientras que 02 (4.2 %) paciente mostraba un grado moderado. Conclusión, la mayor proporción de unidades de análisis fueron programados a intervención por razones que engloban la cirugía general representado por el 31.2% de los pacientes; mientras que la menor proporción de pacientes fueron intervenidos por razones urológicas con un 8,3% y por razones otorrinolaringológicas el 4.2%.

Palabras clave: Lesiones traumáticas, lesiones orales, tubo endotraqueal.

ABSTRACT

The present investigation "Traumatic injuries - oral in patients with endotracheal tube hospital Daniel Alcides Carrión; Pasco - January 2017". It has the general objective of determining the clinical behavior of traumatic - oral lesions in patients with endotracheal tube. The methodology used was a descriptive observational study, of basic descriptive subtype. The sample population was made up of 96 patients with endotracheal intubation who are in the DAC PASCO hospital, a symptomatological clinical evaluation sheet was used. Results, in the male group, of the 48 (100%) patients, only 16 (33.3%) remained with no signs of myoarticular dysfunction, while 28 (58.4%) patients presented them to a mild degree and 04 (8.3 %) patients showed a moderate degree. While in the female group it was observed that of the 48 (100%) patients, the majority made up of 32 (66.6%) patients did not present symptoms associated with myoarticular dysfunction, followed by 14 (29.2%) patients with mild dysfunction, while that 02 (4.2%) patient showed a moderate degree.

Conclusion, the highest proportion of units of analysis were programmed for intervention for reasons that include general surgery, represented by 31.2% of the patients; while the lowest proportion of patients underwent surgery for urological reasons with 8.3% and 4.2% for otorhinolaryngological reasons.

Keywords: Traumatic injuries, oral injuries, endotracheal tube.

INTRODUCCIÓN

La vía aérea es una de las más altas prioridades en un paciente críticamente enfermo. Su alteración e inadecuado manejo son una de las principales causas de muerte en este tipo de pacientes. La indicación de realizar una intubación está basada en un adecuado juicio clínico, para lo cual el personal de salud debe ser idóneo y estar sensibilizado con este procedimiento. Una valoración clínica rápida y concreta del paciente, permite identificar a qué tipo de vía aérea se va a enfrentar, en caso de catalogarla como difícil, se podrá estar aún más preparado y dispuesto para su manejo. Adicionalmente permite conocer qué tipo de medicamentos se emplearán y lograremos obtener índices de porcentajes bajos de lesiones orofaríngeas.

El profesional de enfermería, como finalidad, buscará que el paciente crítico logre obtener un tratamiento adecuado antes de la intubación y extubación, y por tanto que logre una adecuada recuperación evitándole traumatismo orofaríngeas; el trabajo se hará incidiendo tanto sobre el reconocimiento de los factores de riesgo y un buen manejo de las técnicas de intubación. Las manifestaciones de cada factor de riesgo y maniobras de intubación son muy individuales de cada caso, pese a caracterizarse por unos rasgos básicos comunes. Un examen profundo y completo es básico para detectar factores de riesgo y complicaciones durante la colocación del tubo traqueal y trabajar sobre ellas y lograremos evitar lesiones orofaríngeas.

En el Perú la intubación traqueal o endotraqueal es una de las causas más importantes de lesiones orofaríngeas durante la colocación. La incidencia de lesiones orofaríngeas por intubación se ve aumentada en el escenario pre hospitalario en aquellos pacientes críticamente lesionados y representa un 16% de los casos en comparación con un 6% de casos realizados por personal con capacitación en maniobras o colocación de tubos endotraqueales. Se debe intentar no realizar intubaciones repetitivas ya que se puede provocar un desarrollo progresivo de porcentajes epidemiológicos altos de lesiones orofaríngeas como en los casos más

relevantes que son los traumatismos orales, así como también el edema laríngeo y hemorragia y de esta manera perder la habilidad de ventilar al paciente.

La intubación endotraqueal es claramente el método preferido para el manejo de la vía aérea en el ámbito pre hospitalario por lo tanto es importante conocer mejor los avances en técnicas de colocación y/o maniobras de tubo endotraqueal (orofaríngeas y nasofaríngeas) para evitar especialmente lesiones orofaríngeas en pacientes críticos o en pacientes que serán sometidos a anestesia general. Debe realizarse una valoración sencilla de la vía aérea del paciente para descartar dificultad para la intubación y evitar lesiones orofaríngeas.

El presente informe de tesis describe detalladamente el estudio que se desarrolló, y se reporta en base a las normas establecidas por la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; siendo de la siguiente manera: en el Capítulo I: El origen y definición del problema, objetivos, justificación, limitaciones. En el Capítulo II, revisión de la literatura, marco teórico y definición operacional de términos. En el Capítulo III: El método de investigación, tipo método diseño, población y muestra de estudio, instrumentos y técnicas de recolección de datos, técnicas de análisis de datos, validación confiabilidad. Capítulo IV: Resultados y discusión. Culminado con el reporte de conclusiones y recomendaciones; adjuntado de la misma manera documentos e instrumentos que se emplearon en el presente estudio de investigación

Las Autoras

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1	Identificación y determinación del problema	1
1.2	Delimitación de la investigación	2
1.3	Formulación del problema	3
1.3.1	Problema general.....	3
1.3.2	Problemas específicos	3
1.4	Formulación de objetivos	4
1.4.1	Objetivo General	4
1.4.2	Objetivos Específicos	4
1.5	Justificación de la investigación	4
1.6	Limitaciones de la investigación	5

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1	Antecedentes del estudio	6
2.2	Bases Teóricas – Científicas	8
2.3	Definición de términos básicos	12
2.4	Formulación de Hipótesis	13
2.4.1	Hipótesis general	13

2.4.2 Hipótesis Específicas	13
2.5 Identificación de variables	13
2.6 Definición Operacional de variables e indicadores	13

CAPITULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación	15
3.2 Nivel de Investigación	15
3.3 Métodos de investigación	15
3.4 Diseño de investigación	15
3.5 Población y muestra	16
3.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos	16
3.7 Selección y validación de los instrumentos de investigación	17
3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	17
3.9 Tratamiento estadístico.....	17
3.10 Orientación ética	17

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Descripción del trabajo de campo	19
4.2 Presentación, análisis e interpretación de resultado	19
4.3 Prueba e hipótesis	35
4.4 Discusión de resultados.....	35

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema

Los traumatismos dentarios no son considerados como una urgencia dentro de la asistencia de un paciente crítico con una inestabilidad hemodinámica, por lo que la enfermera y el médico del servicio de cuidados intensivos es ajena a este evento clínico ya que es de importancia para el paciente crítico posterior a su recuperación y fase de extubación por lo que, deben ser tratados de inmediato. Esta condición suigeneris requieren de una exploración inmediata y reporte al personal especialista, ya que pueden producir complicaciones y patología pasado un tiempo de haberlos padecido.

Los procedimientos invasivos orales como la intubación endotraqueal en el servicio de cuidados intensivos y servicio de emergencia, la práctica de deportes y los accidentes de tránsito son las causas más frecuentes del aumento de los traumatismos orales, sin olvidar al niño maltratado y las situaciones de violencia. En los traumatismos dentales frecuentemente se ve afectada parte de tejido duro y blando con el consiguiente riesgo de desarrollar una infección e injurias del

sistema estomatognático, propiciada por la patología que se produce a nivel dentó maxilar.

Para evitar que los dientes y otros elementos anatómicos sea traumatizados, es de vital importancia una adecuada prevención en la colocación del tubo endotraqueal y posterior a este, durante la estancia del paciente crítico con el tubo endotraqueal que muchas veces el paciente muerde con tanta intensidad que el diente y tejidos blando no se les proporciona un medio adecuado para su recuperación por lo que sufren injurias que evaluados posterior a su retiro del tubo endotraqueal se ven las consecuencias.

1.2. Delimitación de la investigación

El presente trabajo de Investigación se llevó a cabo en la sierra central del País, región Andrés Avelino Cáceres. El Hospital de apoyo Daniel Alcides Carrión, se encuentra ubicado en San Juan a 4830 m.s.n.m. El clima de Cerro de Pasco se caracteriza por ser permanentemente frígido con una temperatura que oscila entre -10°C a 15°C .

La infraestructura del Hospital consta de dos pisos. En la primera planta se encuentra ubicado los consultorios externos, servicio de farmacia, servicio de Emergencia, laboratorio. Banco de sangre y servicio de Ecografías a la vez se encuentran los programas CIRA, CEDA, PAI, PCT, es decir la atención ambulatoria; también en él se encuentran las oficinas administrativas como: Dirección, Secretaría, Oficina de Personal Social, Logística, Jefatura de Enfermería.

En la segunda planta se encuentra los servicios de hospitalización, por la derecha se encuentra el servicio de ginecoobstetricia y al frente el servicio de Pediatría con dos ambientes distribuidos, uno para Neonatología y otro para pediatría propiamente dicho, la atención es asistencial, por la izquierda se encuentran los servicios de Cirugía y Medicina, donde la atención es asistencial. Al margen derecho se encuentra el Servicio de Cirugía que cuenta con 4

ambientes y 14 camas; a la margen izquierda se encuentra ubicado el servicio de Medicina que cuenta con 4 ambientes y 19 camas; en donde también se encuentra la unidad de recuperación, llamada también UCI. A estos servicios ingresan los pacientes ya sea por consultorio externo o emergencia, generalmente con diagnósticos y más sus indicaciones de Exámenes Auxiliares (HB., Hct. Hgr, Grupo y factor sanguíneo, exámenes de radiología y ecografía); generalmente estos pacientes son mayores de 15 años

Este Centro Hospitalario en su gran mayoría recibe pacientes con patologías, en el Servicio de Cirugía: Casos como Apendicitis, Peritonitis, Colecistitis, vólvulos que en su gran mayoría son problemas intestinales; a su vez en el Servicio de Medicina recibe a pacientes con patologías que en su mayoría son deshidratación severa, diarreas disentéricas, y en una mínima cantidad pacientes de Traumatología. Por lo cual durante la estadía del paciente al recibir un tratamiento farmacológico y de fluido terapia es por la canalización de una vía endovenosa periférica para facilitar su recuperación y disminuir los días de estancia hospitalaria.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es el comportamiento clínico de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal Hospital Daniel Alcides Carrión, Pasco - enero del 2017?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las lesiones traumáticas - orales más frecuente post colocación del tubo endotraqueal en los pacientes sujeto a estudio?
- ¿Cuál es la frecuencia de lesiones de tejidos periodontales pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio?
- ¿Cuál es la frecuencia de lesiones de la encía pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio?

- ¿Cuál es la frecuencia de lesiones del hueso de sostén pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio?
- ¿Cuál es la frecuencia de lesiones de la mucosa oral y luxación /subluxación de la articulación témporo-mandibular pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio?
- ¿Cuál es la diferencia proporcional de los diferentes indicadores epidemiológicos de las lesiones orales os intubación endotraqueal?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar el comportamiento clínico de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Evidenciar las lesiones traumáticas - orales más frecuente post colocación del tubo endotraqueal en los pacientes sujeto a estudio.
- Registrar es la frecuencia de lesiones de tejidos periodontales pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio.
- Inspeccionar la frecuencia de lesiones de la encía pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio.
- Demostrar las lesiones del hueso de sostén pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio.
- Plasmar la frecuencia de lesiones de la mucosa oral y luxación /subluxación de la articulación témporo-mandibular pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio.
- Demostrar la diferencia proporcional de los diferentes indicadores epidemiológicos de las lesiones orales post intubación endotraqueal.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación Práctica

El presente estudio pretende reducir el gasto económico que producen las lesiones orales en relación al traumatismo orales pos entubación endotraqueal, y el tiempo de estancia hospitalaria que significa mayor gasto logísticos por las secuelas que deja la entubación endotraqueal. Así mismo es menester de nuestro estudio que el aporte de nuevas estrategias prácticas para reducir daño intraoral que se produce durante una entubación.

1.5.2. Justificación Teórica

Aportes teóricos señalan que el evento clínico post entubación endotraqueal no requiere mayor cuidado del que ya el paciente fue estabilizado; con este estudio se justifica que esa preposición se debe cambiar y que las secuelas de las lesiones pos entubación son otras que requieren mayor cuidado en su prevención más no en su rehabilitación.

1.6. Limitaciones de la investigación

No se pudo evidenciar ninguna limitación en el presente estudio de investigación ya que tuvimos apoyo en la formulación y ejecución del presente estudio de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Internacionales

Miguel Ruiz (2015) en Colombia en su trabajo de investigación titulado “complicaciones asociadas al uso de intubación orotraqueal en el servicio de anestesiología del hospital el tunal” tuvo como objetivo Describir las complicaciones que se asocian al uso de la intubación orotraqueal en el servicio de anestesiología del Hospital el Tunal. El estudio fue descriptivo longitudinal, donde se revisan las historias clínicas de pacientes sometidos a cirugías que requirieron intubación orotraqueal en rangos de edad entre 5 y 85 años de ambos sexos. Obteniendo los siguientes resultados, que de un total de 200 historias clínicas. Las complicaciones registradas en las historias clínicas atribuyen a disfagia 48%, seguida de lesiones labiales 3% y lesión traqueal 1%, la lesión dentaria y la luxación de la articulación temporomandibular no se evidenciaron en el estudio. Llegando a la conclusión que la disfagia es la principal complicación asociada a la intubación en el servicio de anestesiología en el

Hospital el Tunal, como complicación menos frecuente se encuentra la lesión traqueal.

Diana Burbano (2018) en Ecuador en su trabajo de investigación titulado Odinofagia con tubo endotraqueal y máscara laríngea, tuvo como objetivo Determinar la incidencia de odinofagia con el uso de ML y TET en pacientes adultos sometidos a cirugías electivas con anestesia general. El tipo de estudio fue un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, la muestra fue aleatoria simple en 216 pacientes. Llegando a los siguientes resultados Se observó mayor prevalencia de odinofagia en: mujeres 41.2%, rango 51-60 años 56.5%, obesidad 65,4%, ASA II 51.4%, VAD 85.7 %, tratantes 53.6%, TET con 60.9%, tamaño 7.5 con 47.1%, ML Clásica en 23.3%, tamaño 4 con 73.7%, intentos de colocación el tercero con 100%, tiempo anestésico >120min 62,5%, laparoscopia 55,6%, intensidad rango 0-1 en 57.9% y evolución favorable del 94.3%.. concluyendo en que si existen diferencias en las características clínicas y demográficas en los dos tipos de dispositivos tanto ML como TET.

2.1.2. Nacionales

Ñuñuvera Lopez & Vasquez Saavedra (2018) en Trujillo en su trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento y cuidado de la vía aérea brindado por la enfermera al paciente con tubo endotraqueal” tuvieron como objetivo determinar el nivel de conocimiento y cuidado de la vía aérea brindado por la enfermera al paciente con tubo endotraqueal. Fue un estudio tipo descriptivo correlacional, La muestra estuvo constituida por un total de 37 enfermeras a quienes, se aplicó un cuestionario y una lista de cotejo. Obteniendo los siguientes resultados el 10.8% de las participantes tiene conocimiento alto, el 54.1% tiene conocimiento regular y el 35.1% tiene conocimiento deficiente. Con respecto al cuidado de la vía aérea fue el 32.4 % brinda un cuidado adecuado, mientras que el 67.6% brinda un cuidado inadecuado. Concluyendo que la mayor cantidad de enfermeras que tienen conocimiento regular brindan cuidado inadecuado.

Leonor Asto, María Madariaga & Elsa Tinoco (2015) en Lima en su trabajo de investigación titulado “Relación de los cuidados de enfermería en pacientes con tubo orotraqueal y el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas en la cavidad oral, en el área de cuidados intensivos en un hospital nacional”, tuvieron como objetivo determinar la relación de los cuidados de enfermería en pacientes con tubo orotraqueal y el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas en la cavidad oral. El estudio fue tipo cuantitativo, descriptivo correlacional y de corte longitudinal. La población conformada por 80 pacientes y 70 enfermeras que laboren en el servicio, la técnica de recolección fue una guía de observación.

2.1. Bases Teóricas – Científicas

I. TRAUMATISMOS

1. DEFINICION

Es una lesión producida porque nos golpeamos con algo duro, por ej. al caer al suelo, o por las escaleras.... O bien que algo duro nos golpea, por ejemplo, con un palo. Ese golpe daña la piel y los tejidos situados por debajo de ella. Así con frecuencia rompe los vasos, que sangran y tenemos hematomas o moratones, otras veces rompe o fractura los huesos, o desvía alguno de los que forman una articulación, lo que llamamos luxación de la misma,

2. ETIOLOGÍA DE LOS TRAUMATISMOS

La causa de las lesiones traumáticas maxilofaciales depende de las circunstancias vivenciales y de la edad del paciente, estas pueden presentarse desde el momento del nacimiento debido a la inadecuada aplicación de los fórceps o a determinadas maniobras clínicas.

2.1 Lesiones de los tejidos periodontales:

a. Concusión: Lesión de las estructuras de sostén del diente, sin movilidad ni desplazamiento. Dolor a la percusión. Tratamiento: - Higiene de la zona - Dieta

blanda 7 a 10 días - Rx peri-apical de referencia - Controles clínicos. Posible secuela: necrosis pulpar por rotura del paquete vásculonervioso.

b. Subluxación: Lesión mayor del ligamento periodontal. Hay movilidad sin desplazamiento. Dolor a la percusión. Sangrado gingival. Tratamiento: - Higiene de la zona - Dieta blanda 7 a 10 días - Rx peri-apical de referencia - Controles clínicos. Posible secuela: necrosis pulpar por rotura del paquete vásculonervioso.

c. Intrusión: Desplazamiento de la pieza dentaria. Hacia la profundidad del alveolo. Rx no se ve el ligamento periodontal. Tratamiento: - Si ve la corona y el daño alveolar es mínimo, esperar la reerupción (2 a 6 meses). Reerupciona c/ pulpa sana: controles c/ necrosis: tratamiento pulpar No reerupciona: exodoncia. -Si no veo la corona y sospecho de lesión del permanente, exodoncia. Posible secuela: necrosis pulpar por rotura del paquete vásculonervioso.

d. Luxación lateral: Desplazamiento de la pieza dentaria hacia la vestibula, palatino o lingual. Se acompaña de fractura de la cavidad ósea alveolar. Tratamiento: - Leve o moderada: control, puede reubicarse solo por la acción de los tejidos blandos. - Marcada o severa: exodoncia. Y evaluar el grado de reabsorción radicular.

e. Luxación extrusiva: Desplazamiento parcial de la pieza dentaria fuera de su alvéolo. Tratamiento: - Leve o moderada: control, puede reubicarse solo por la acción de los tejidos blandos. - Marcada o severa: exodoncia. Evaluar el grado de reabsorción radicular.

f. Avulsión o ex articulación: Desplazamiento completo de la pieza dentaria fuera de su alvéolo. Tratamiento: - No se reimplanta: daño de la permanente posibilidad de anquilosis. - ATB Evalúo la mantención del espacio. - Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa.

g. Infracción: Fractura incompleta del esmalte. Sin pérdida de sustancia.
Tratamiento: - Topicación con fluoruros y Control

2.2 Lesiones de los tejidos duros del diente

a. Infracción. Tratamiento: Topicación con fluoruros.

b. Fractura no complicada de la corona: De esmalte Tratamiento: -Regularizar los bordes. -Topicación con fluoruros. -Controles clínicos y Rx a distancia. De esmalte y dentina. Tratamiento: -Protección con Inomero. -Reconstrucción con composite o collage. -Controles clínicos y Rx a distancia. Fractura complicada de la corona Tratamiento: -Evalúo: tiempo transcurrido, tamaño de la exposición y grado de desarrollo radicular.

Menos de 12 hs., exposición pequeña y ápice abierto: P.P.D. - más de 12 hs. y/o exposición amplia y ápice abierto: técnica de Vek o biopulpectomía parcial. - ápice cerrado: extirpación pulpar y biopulpectomía total. - necrosis c/ ápice abierto: apexificación. - necrosis c/ ápice cerrado: tratamiento de conducto.

c. Fractura de la corona y de la raíz No complicada: Tratamiento de urgencia: Eliminación del cabo de fractura. Protección con H.de C. + I.V. o sólo con I.V. Complicada **Tratamiento** de urgencia: Eliminación del cabo fracturado. P.P.D. o extirpación del filete.

d. Fractura de la raíz: Tratamiento Tercio cervical: Eliminar porción coronaria. Tratamiento pulpar. Rehabilitación protética. Tercio medio o apical: Anestesia. Reubicación del fragmento coronario. Férula rígida mínimo 45 días. En una Fractura de la raíz: Considerar:

El trazo de la fractura se observa mejor en una Rx. a distancia. - Si hay reparación, se logra la remodelación radicular formándose osteodentina en la zona de la fractura y se mantiene la vitalidad. - Si se pierde la vitalidad se

necrosan los 2/3 coronarios, el 1/3 apical mantiene la vitalidad. - El tratamiento de conducto se limita a los 2/3 coronarios. - Si pierde la vitalidad el 1/3 apical puede indicarse una apicectomía. Reparación de la fractura.

II. INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Se trata del método de elección para la apertura y aislamiento definitivo de la vía aérea. Asegura además aislamiento y protección contra el paso de cuerpos extraños al árbol bronquial, y facilita la ventilación artificial y la aspiración de secreciones. Por otra parte, permite su utilización como vía de emergencia para la administración de fármacos hasta conseguir una vía venosa.

1. MATERIAL DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

- Tubo endotraqueal (TET) En adulto normal nº 8,8.5 ó 9.
- Laringoscopio con 2 palas curvas, números 2,3.
- Fiador para el TET.
- Lubricante hidrosoluble en spray tipo Sylkospray.
- Jeringa de 10 cc.
- Paño estéril.
- Guantes estériles.
- Pinza de Magill.
- Venda de gasa para sujetar TET.
- Ambú con mascarilla y reservorio.
- Alargadera de Oxígeno.

Material para aspiración de secreciones (equipo aspiración, sondas).

- Carro de paradas próximo.
- Fonendoscopio.
- Respirador en la habitación montado y calibrado.
- Medicación para inducción anestésica y/o miorelajación.

2. PROCEDIMIENTO Y CUIDADOS

- Explique al familiar el procedimiento.
- Separe la cama de la pared y retire el cabezal.
- Coloque al paciente en decúbito supino sin almohada y con la cabeza en hiperextensión.
- Conecte el Ambú (completo con reservorio y mascarilla) a la fuente de O₂, a un flujo de 15 lxm con una alargadera.
- Aspire secreciones buco-faríngeas si precisa.

2.3 Definición de términos básicos

Eficacia. - es el logro de resultados esperado con la utilización con menor recurso y menor tiempo previendo la satisfacción del paciente. (8)

Traumatismo. - injuria a nivel tejido ya sea sistémico o local con diferentes eventos clínicos fisiopatológicos.

Traumatismos dentó maxilares. - lesiones de tipo no intencional dañando a tejidos duros como las piezas dentales y tejidos blandos como el periodonto. que incluye las encías y tejido blandos.

Paciente. - Agente esencial y principal de un medio hospitalario a quien busca su satisfacción plena con la atención de enfermería con ciencia del cuidado

Intubación endotraqueal. - procedimiento invasivo de permeabilización de vía aérea y medio de sostenimiento de respiraciones artificial a través de la ventilación mecánica.

Avulsión dentaria. - salida de las piezas dentales de tipo intencional y abrupta y que altera toda la armonía de dento maxilar.

Concusión: Lesión de las estructuras de sostén del diente, sin movilidad ni desplazamiento. Dolor a la percusión.

Intrusión: Desplazamiento de la pieza dentaria. Hacia la profundidad del alveolo. Rx no se ve el ligamento periodontal.

2.4. Formulación de Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

La tasa de incidencia y prevalencia demás indicadores clínicos epidemiológicos de las lesiones orales es medianamente alta en relación a su publicación de la misma.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- La tasa de incidencia y prevalencia de las lesiones traumáticas - orales son altas post colocación del tubo endotraqueal en los pacientes sujeto a estudio.

La incidencia de las lesiones de tejidos periodontales pos colocación del tubo endotraqueal es acentuada es en la población sujeta a estudio.

- Existe una alta incidencia de lesiones de la encía pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio.

- Existe una prevalencia de las lesiones del hueso de sostén pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio.

- Las lesiones de la mucosa oral y luxación /subluxación de la articulación témporo-mandibular pos colocación del tubo endotraqueal es mínima en su prevalencia en la población sujeta a estudio.

- Existe diferencia proporcional de los diferentes indicadores epidemiológicos de las lesiones orales os intubación endotraqueal.

2.5. Identificación de variables

Variable

Comportamiento clínico de las lesiones orofaríngeas post Colocación del tubo endotraqueal.

2.6. Definición Operacional de variables e indicadores

VARIABLES	Def. Conceptual de la variable	Dimensión	Indicador o Valor final	Definición operacional de variable	Escala de medición
Comportamiento clínico epidemiológico de las lesiones orofaríngeas post Colocación del tubo endotraqueal.	Lesiones de tipo no intencional dañando a tejidos duros como las piezas dentales y tejidos blandos como el periodonto. Que incluye las encías y tejido blandos.	Epidemiología en salud bucal	Incidencia Prevalencia Morbilidad Mortalidad Razón Proporción	Presente/ausente Presente/ausente Presente/ausente Presente/ausente Presente/ausente Presente/ausente	Ordinal y Nominal

CAPITULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

En el presente estudio de investigación se tomará como referencia a la clasificación de Beth Dawson-Saunders. Por lo que se aplicara el tipo de Estudio descriptivo observacional, de sub. Tipo descriptivo básico.

3.2. Nivel de Investigación

El nivel de investigación estuvo enmarcado en el tipo cuantitativo.

3.3. Métodos de investigación

En la presente se utilizó los métodos generales tales como análisis síntesis y los métodos particulares como descriptiva básica.

3.4. Diseño de investigación

Tomado de la clasificación del H. Sampieri se seleccionó el diseño no experimental de tipo longitudinal de tendencia; cuyo esquema responde a la siguiente formula:

Formula:

$$\boxed{\mathbf{M}_1 \dots \mathbf{O}_1, \mathbf{O}_2, \mathbf{O}_3 \dots}$$

Dónde:

M_1 = Pacientes con Entubación Endotraqueal.

$O_{1...}$ = Observaciones de la cavidad estomatológica pos entubación endotraqueal.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

Se considerará todos los pacientes con intubación endotraqueal que están en hospital Daniel Alcides Carrión Pasco, durante el tiempo señalado en el presente estudio.

3.5.2. Muestra

Para el tamaño muestral se aplicará la técnica No Probabilística y para la selección de cada una de nuestra unidad de análisis se optará por la el de Tipo Intencional aplicando criterios de inclusión, exclusión haciendo una estimación de 96 pacientes.

3.6. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

- **Observación.** Bajo esta técnica se pretende ejecutar la ficha de evaluación clínica estomatológica de manera de monitoreo antes y pos colocación del dispositivo intraoral.
- **Entrevista.** Esta técnica nos permitirá recolectar datos primarios y secundarios que conformaran parte de la historia clínica del paciente con entubación endotraqueal.
- **Examen clínico.** Por medio de esta técnica de uso común en los trabajos clínicos de tipo aplicativo lo que hace es el registro de principales datos que serán los que aportan variables para su respectivo control y no interferir con sesgos aumentativos en este estudio.

Instrumentos

- **Historia clínica estomatológica en pacientes críticos.** este instrumento validado y confiabilizado según técnica señalada en anexo nos permitirá la recolección de datos significativos tales como estancia del tubo endotraqueal y tipos de lesiones traumáticas orales pos colocación de dicho tubo endotraqueal.
- **Ficha de evaluación clínica estomatológica.** bajo esta técnica se registrará datos de las principales lesiones intra orales durante las entubaciones endotraqueales orales ya que están señaladas minuciosamente cada variable de estudio.

3.7. Selección y validación de los instrumentos de investigación

Para este presente estudio todos los instrumentos serán sometidos a confiabilidad de medidas de consistencia interna con el método de coeficiente de Alfa de Cronbach. Y para la validación de nuestros instrumentos será validado con el criterio de validez de contenido para lo que se solicitó la evaluación y opiniones de juicio de experto.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La información obtenida en los diferentes instrumentos de aplicación será procesada en cuadros y gráficos estadísticos, que permitirán una mayor visualización, análisis e interpretación de los resultados. Para el análisis se recurrirán a medios estadísticos de programas estadísticos como Microsoft Excel, Epi-Info 2005, Stat estadistic.

3.9. Tratamiento estadístico

Los datos encontrados en el presente estudio serán sometidos a un tratamiento estadístico bajo técnicas estadísticas paramétrica y no paramétricas como son la t de Student para diferencia de promedios y la Chi cuadrada con el modelo de homogenización y el modelo de independencia de criterios.

3.10. Orientación ética

Principio de beneficencia:

La mejora de la salud del paciente se logra evitando complicaciones producidas por las úlceras por presión iatrogénicas que serían una puerta de entrada para infecciones sobreagregadas que prolongarían su estancia hospitalaria.

Principio de autonomía:

El paciente es considerado como un sujeto y no como un objeto para la cual se utiliza el consentimiento informado que autoriza que el paciente pueda participar el estudio de investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Descripción del trabajo de campo

El presente estudio de investigación tuvo dos momentos de trabajo de campo: Una vez que se procedió a la validación y confiabilidad de nuestro instrumento se ejecutó el trabajo de investigación en el hospital Daniel Alcides Carrión teniendo en cuenta criterios básicos de reglas de toma de información y/o datos que nos pudiera servir para el segundo tramo de nuestro trabajo de campo.

Es indudable señalar que los equipos para la recolección de datos tuvieron una capacitación previa por nosotras para disminuir el sesgo investigativo.

El segundo momento es el análisis e interpretación en los gabinetes de investigación que este caso fue el laboratorio de la UNDAC que con ayuda de especialista se pudo sistematizar los datos encontrados en el primer momento de investigación.

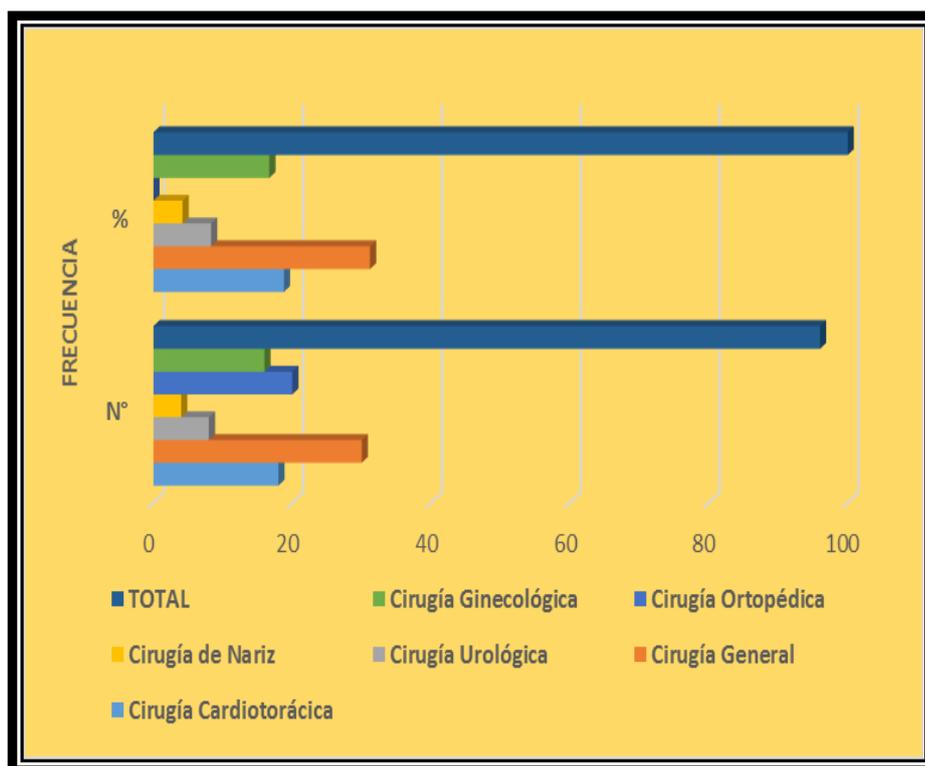
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultado

Tabla N°01: Frecuencias y porcentajes de diagnósticos preoperatorios de pacientes con tubo endotraqueal hospital Daniel Alcides Carrión; Pasco - enero del 2017.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	FRECUENCIA	
	N°	%
Cirugía Cardiotorácica	18	18.8
Cirugía General	30	31.2
Cirugía Urológica	08	8.3
Cirugía de Nariz	04	4.2
Cirugía Ortopédica	20	20.8
Cirugía Ginecológica	16	16.7
TOTAL	96	100.0

Fuente: Ficha de registro clínico estomatológico.

Gráfico N°01: Frecuencias y porcentajes de diagnósticos preoperatorios de pacientes con tubo endotraqueal hospital Daniel Alcides Carrión; Pasco - enero del 2017.



Fuente: Tabla N° 01.

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico descriptivo nos resume y muestra los datos observados en relación al diagnóstico preoperatorio de los

pacientes programados a intervención quirúrgica en el Hospital del ámbito de estudio, en donde encontramos lo siguiente:

La mayoría de los integrantes del estudio estuvieron programados a cirugía general, conformado por el 31.2% de los pacientes, seguido del 20.8% de los pacientes quienes fueron intervenidos por cirugía ortopédica.

Asimismo, observamos que una significativa proporción de elementos muestrales fueron intervenidos por razones de tipo cardiorácico representado por el 18.8% de los pacientes, seguido de cirugía ginecológica por el 16.7% de los pacientes, mientras que solo el 8.3% de los pacientes fueron intervenidos por razones urológicas y el 4.2% de los pacientes por cirugía otorrinolaringológica.

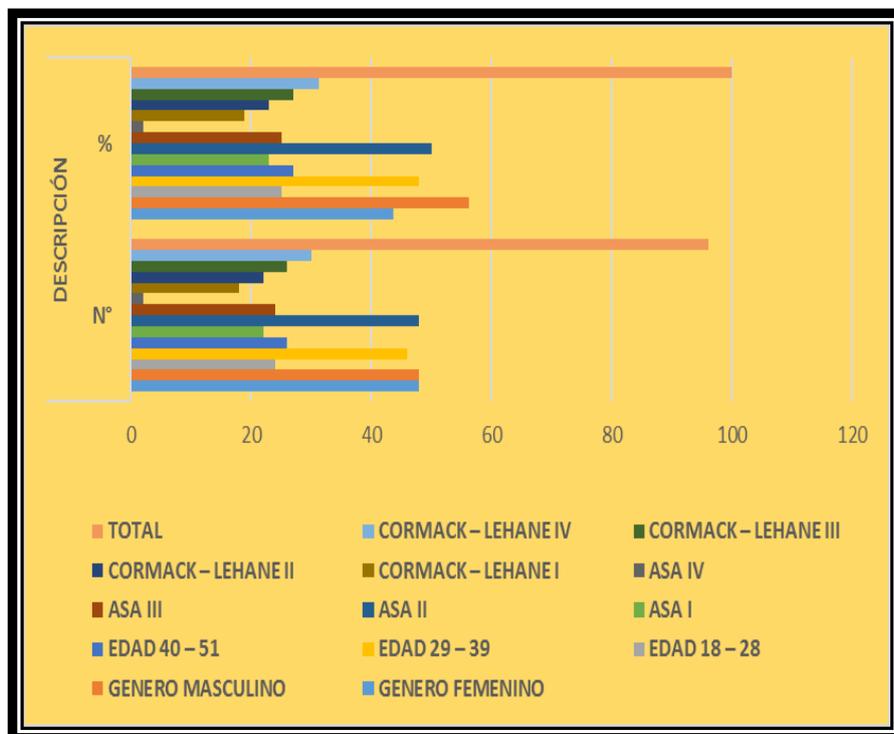
De todo lo mencionado podemos concluir que la mayor proporción de unidades de análisis fueron programados a intervención por razones que engloban la cirugía general representado por el 31.2% de los pacientes; mientras que la menor proporción de pacientes fueron intervenidos por razones urológicas con un 8,3% y por razones otorrinolaringológicas el 4.2%.

Tabla N° 02: Características descriptivas de la muestra de pacientes con tubo endotraqueal hospital Daniel Alcides Carrión; pasco - enero del 2017

CARACTERÍSTICAS MUESTRALES		DESCRIPCIÓN	
		N°	%
GENERO	FEMENINO	48	43.7
	MASCULINO	48	56.3
EDAD	18 – 28	24	25.0
	29 – 39	46	47.9
	40 – 51	26	27.1
ASA	I	22	22.9
	II	48	50.0
	III	24	25.0
	IV	02	2.1
CORMACK – LEHANE	I	18	18.8
	II	22	22.9
	III	26	27.1
	IV	30	31.2
TOTAL		96	100.0

Fuente: Ficha de registro clínico estomatológico.

Gráfico N° 02: Características descriptivas de la muestra de pacientes con tubo endotraqueal hospital Daniel Alcides Carrión; pasco - enero del 2017



Fuente: Cuadro N° 02.

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico de contingencia nos organiza y muestra los datos encontrados en relación a las características resaltantes como género, edad, riesgo quirúrgico e índice de dificultad de apertura de vías aéreas, de los pacientes integrantes del estudio, de donde pudimos encontrar los siguientes datos resaltantes:

Con respecto al género, la mayoría de elementos muestrales estuvieron conformados por el sexo masculino, representado por 48 (56.3%) pacientes, mientras que el número de pacientes mujeres fue de 48 (43.7%) unidades.

Con respecto a la edad, la mayor proporción de unidades de análisis, estuvo conformado por pacientes con edades entre 29 – 39 años de edad representado por 46 (47.9%) pacientes, seguido de pacientes entre 40 a 51 años de edad representado por 26 (27.1%) pacientes, mientras que pacientes entre 18 a 28 años de edad se encontró 24 (25.0%) pacientes.

La evaluación del riesgo quirúrgico, arrojó que la mayoría de los pacientes representado por 48 (50.0%), tenían un RQ grado II, seguido de 24 (25.0%) pacientes en quienes se observó un RQ tipo III; asimismo 22 (22.9%) pacientes fueron evaluados con RQ tipo I, mientras que solo 02 (2.1%) paciente mostro un RQ grado IV.

La evaluación preoperatoria también alcanza al nivel de acceso de las vías aéreas superiores, utilizando para tal efecto el índice de Cormack – Lehane, pudiendo observar que la mayoría representado por 30 (31.2%) pacientes presentaban un índice tipo IV, seguido de 26 (27.1%) pacientes en quienes el índice fue de tipo III, mientras que solo 22 (22.9%) pacientes mostraba un índice tipo II, y 18 (18.8%) unidades de análisis mostraban un índice Cormack – Lehane de grado I.

De todo lo mencionado podemos concluir que en el grupo muestral prevaleció el sexo masculino (56.3%), con respecto a la edad, la mayoría de las unidades de

análisis estuvo formado por pacientes entre 29 – 39 años de edad, conformado por el 47.9%. Asimismo, la mayoría de los pacientes mostraban un riesgo quirúrgico de grado II, representado por el 50.0%; mientras que el 31.2% de las unidades de análisis presentaban un índice de apertura de vías aéreas de tipo IV.

Tabla N° 03: Descripción numérica y porcentual de las características estomatológicas de pacientes con tubo endotraqueal hospital Daniel Alcides Carrión; Pasco - enero del 2017

CARACTERÍSTICAS ESTOMATOLÓGICAS		DESCRIPCIÓN	
		N°	%
APERTURA BUCAL	NORMAL	84	87.5
	DISMINUIDA	12	12.5
DENTICIÓN	COMPLETA	22	22.9
	EDENTULO PARCIAL	74	77.1
EVIDENCIA CLÍNICA DE MOVILIDAD DENTARIA	0	32	33.3
	1	36	37.5
	2	22	22.9
	3	06	6.3
EXPERIENCIA PROTÉSICA	SI	38	39.6
	NO	58	60.4
EXPERIENCIA RESTAURADORA	SI	62	64.6
	NO	34	35.4
EVIDENCIA DE CARIES DENTAL AMPLIA	SI	40	41.7
	NO	56	58.3
TOTAL		96	100.0

Fuente: Ficha de registro clínico estomatológico.

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico de múltiple entrada nos resume, organiza y presenta los datos obtenidos en relación a las características estomatológicas como apertura bucal, tipo de dentadura, experiencia protésica y restauradora, así como evidencia de lesiones cariosas amplias en los pacientes integrantes del estudio y quienes recibieron un procedimiento de intubación endotraqueal, de donde podemos extraer los siguientes datos resaltantes:

Con respecto a la apertura bucal, la mayoría de los pacientes mostraba niveles normales de apertura bucal, representado por 84 (87.5%) pacientes; mientras que solo 12 (12.5%) pacientes mostraban una apertura limitada.

Con respecto al tipo de dentición se pudo observar que la mayoría de los pacientes fueron de tipo Edéntulo parcial, representado por 74 (77.1%) pacientes, seguido de solo 22 (22.9%) pacientes en quienes la dentición estuvo completa.

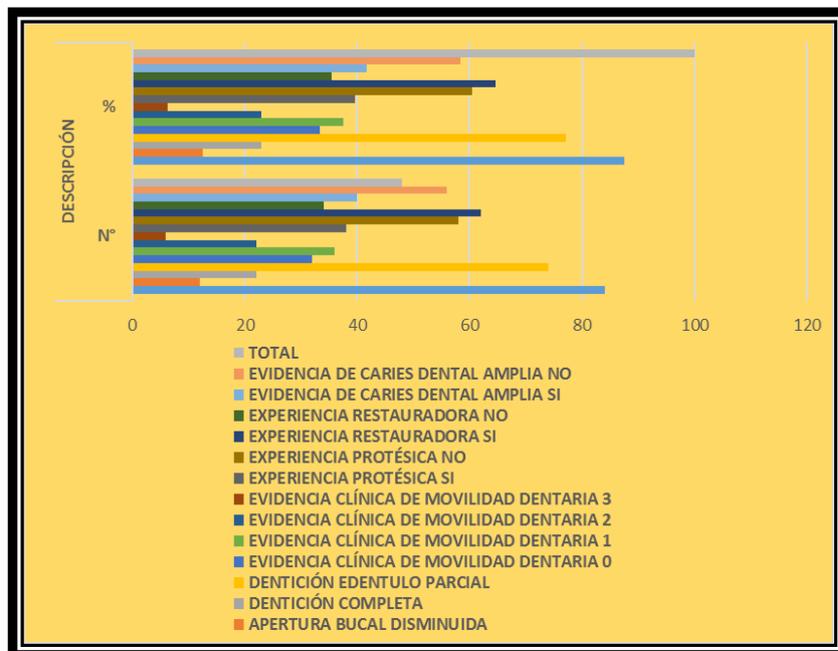
La evaluación clínica estomatológica de los pacientes mostro que la mayoría de los pacientes tenía por lo menos una pieza dentaria con movilidad dentaria grado I. Representado por 36 (37.5%) pacientes, seguido de 22 (22.9%) pacientes en quienes se evidencia movilidad grado II, mientras que solo 06 (6.3%) pacientes mostraban un grado de movilidad grado III, y solo 32 (33.3%) pacientes mostraban movilidad grado 0 o fisiológica.

Asimismo, se evaluó la experiencia protésica y restauradora como factor de riesgo para la presencia de movilidad de los mismos, observando que 38 (39.6%) pacientes presentaban algún tipo de prótesis fija, mientras que 58 (60.4%) no lo presentaban. Con relación a la experiencia restauradora, una significativa proporción de unidades de análisis, representado por 62 (64.6%) pacientes presentaban algún tipo de restauración, mientras que solo 34 (35.4%) pacientes no presentaban restauración alguna.

Finalmente, con respecto a la evidencia de lesión cariosa amplia con paredes remanentes menores de 2 mm se observó que 40 (41.7%) pacientes presentaban lesiones amplias de caries, mientras que 56 (58.3%) pacientes no mostraban tal evento clínico.

De todo lo mencionado podemos concluir que la mayoría de los pacientes presentaban niveles adecuados de apertura bucal 87.5%; mientras que el tipo de dentición que más prevaleció fue el edéntulo parcial alcanzando a 77.1%; la evidencia clínica de movilidad dentaria en los pacientes mostro a 36 (37.5%) pacientes con grado I, mientras que solo 06 (6.3%) pacientes en grado III. Asimismo 38 (39.6%) pacientes mostraron experiencia protésica previa, y 62 (64.6%) pacientes mostraron experiencia restauradora previa, finalmente 40 (41.7%) pacientes presentaban lesiones amplias que dejaban la estructura dentaria en seria desventaja estructural.

Gráfico N° 03: Descripción numérica y porcentual de las características estomatológicas de pacientes con tubo endotraqueal hospital Daniel Alcides Carrión; Pasco - enero del 2017



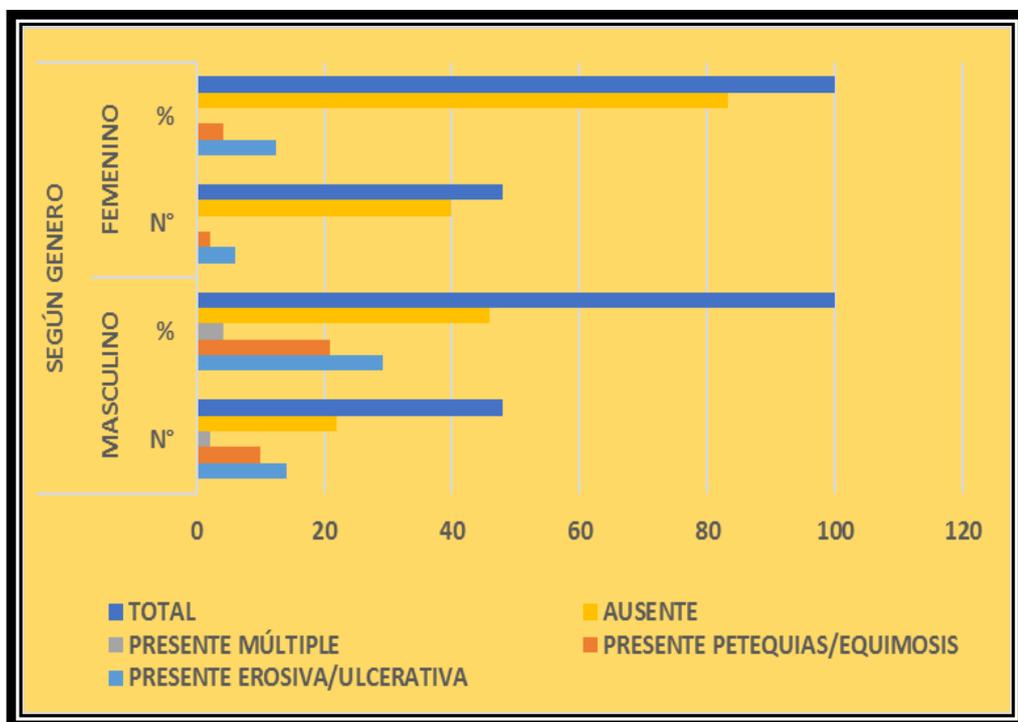
Fuente: Cuadro N° 03.

Tabla N° 04: evidencia clínica de diferentes tipos de lesiones mucocutáneas en pacientes con post extubación endotraqueal según género, hospital Daniel Alcides Carrión; pasco - enero del 2017

LESIONES MUCOCUTANEAS	TIPO	SEGÚN GENERO			
		MASCULINO		FEMENINO	
		N°	%	N°	%
PRESENTE	EROSIVA/ULCERATIVA PETEQUIAS/ EQUIMOSIS MÚLTIPLE	14	29.2	06	12.5
		10	20.8	02	4.2
		02	4.2	00	0.0
AUSENTE		22	45.8	40	83.3
TOTAL		48	100	48	100

Fuente: Ficha de registro clínico estomatológico postoperatorio.

Gráfico N° 04: evidencia clínica de diferentes tipos de lesiones mucocutáneas en pacientes con post extubación endotraqueal según género, hospital Daniel Alcides Carrión; pasco - enero del 2017



Fuente: Tabla N° 04.

Análisis estadístico:

Estadístico de Prueba: Z para diferencia de proporciones

Cálculo estadístico:

$$Z_c = 2.9518 > Z_t (\alpha = 0.05) = 1.96$$

* Sig. bil.: 0.0032

Decisión estadística:

Ho: se rechaza

H1: se acepta

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico de contingencia nos presenta los datos obtenidos en relación a la evidencia de lesiones mucocutáneas observadas en los pacientes con intubación endotraqueal con su tipología, según el grupo de estudio al que pertenecieron, de donde podemos extraer los siguientes datos relevantes:

Una significativa proporción de unidades de análisis del sexo masculino mostraron algún tipo de lesión mucocutánea, representado por 48 pacientes, de los cuales la mayoría estuvo representada por 14 (29.2%) pacientes que mostraban lesión de tipo erosiva- ulcerativo, seguido de 10 (20.8%) pacientes en quienes se evidencian lesiones tipo petequias-equimosis; mientras que solo 02 pacientes presentaban lesiones múltiples, mientras que 22 pacientes no mostraban lesión alguna.

Asimismo, con respecto al sexo femenino se observó que solo 08 pacientes presentaban algún tipo de lesión mucocutánea, correspondiendo en 06 (12.5%) pacientes el de tipo erosivo-ulcerativo, 02 pacientes al tipo petequia-equimosis, mientras que ninguno presentaba lesiones múltiples. Y la mayoría representado por 40 (83.3%) pacientes no evidenciaba lesión alguna.

La evaluación estadística a través de la técnica no paramétrica Z para diferencia de proporciones nos evidencia que el grupo experimental mostró diferencia en el nivel de lesiones mucocutáneas con respecto al grupo control.

De todo lo mencionado podemos concluir que la mayoría de unidades de análisis del grupo experimental no evidencia lesión mucocutánea posterior a la extubación endotraqueal, evidenciándose lesiones solo en 08 (16.7%) pacientes, mientras que 40 (83.3%) pacientes no mostraban ninguna lesión.

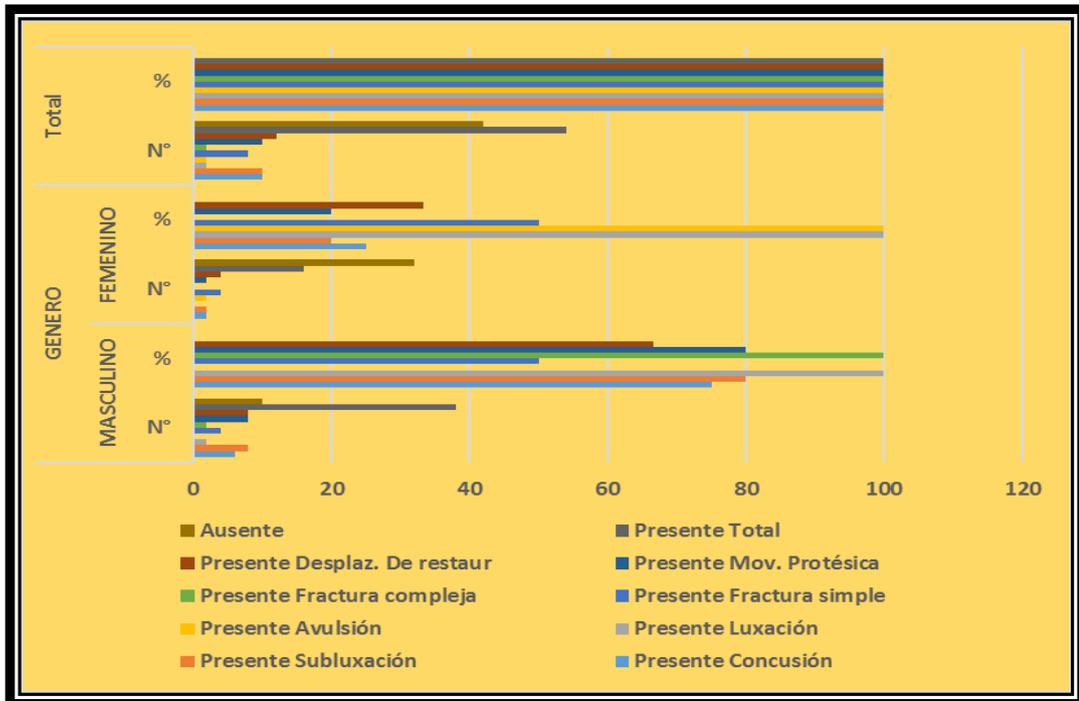
Con respecto al sexo masculino un tamaño significativo de pacientes representado por 26 (54.2%) pacientes mostraron algún tipo de lesión post extubación endotraqueal.

Tabla N° 05: Evidencia clínica de diferentes tipos de lesiones dentoperiodontales en pacientes con post extubación endotraqueal según género, hospital Daniel Alcides Carrión; pasco - enero del 2017.

LESIONES DENTO PERIODONTALES		GENERO				Total	
		MASCULINO		FEMENINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
Presente	Concusión	06	75.0	02	25.0	10	100
	Subluxación	08	80.0	02	20.0	10	100
	Luxación	02	100	00	100	02	100
	Avulsión	00	0.0	02	100	02	100
	Fractura simple	04	50.0	04	50.0	08	100
	Fractura compleja	02	100	00	0.0	02	100
	Mov. Protésica	08	80.0	02	20.0	10	100
	Desplaz. De restaur	08	66.7	04	33.3	12	100
	Total	38		16		54	100
Ausente		10		32		42	

Fuente: Ficha de registro clínico estomatológico postoperatorio.

Gráfico N° 05: Evidencia clínica de diferentes tipos de lesiones dentoperiodontales en pacientes con post extubación endotraqueal según género, hospital Daniel Alcides Carrión; pasco - enero del 2017.



Fuente: Tabla N° 05.

Análisis estadístico:

Estadístico de Prueba: Z para diferencia de proporciones

Cálculo estadístico:

$$Z_c = 2.1338 > Z_t (\alpha = 0.05) = 1.96$$

Decisión estadística:

Ho: se rechaza

H1: se acepta

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico de contingencia nos resume y permite el análisis de los datos encontrados en los pacientes en quienes se practicó una intubación endotraqueal, estos datos están referidos a las lesiones dentoperiodontales, según el género al que pertenecieron. La evaluación se realizó posterior a la extubación endotraqueal.

Del total de unidades de análisis conformantes del grupo de género masculino representado por 48 (100%) pacientes se observó que 10 (41.7%) pacientes no evidencio lesión alguna, mientras que 38 (58.3%) pacientes si lo hacían; mientras que en los pacientes del grupo de género femenino la presencia de lesiones dentoperiodontales solo se observó en 16 (29.2%) pacientes mientras que en 32 (70.8%) pacientes no se evidencio lesión alguna.

Con respecto al tipo de lesión observado podemos mencionar que 08 (100%) pacientes mostraron concusión, de los cuales 06 (75.0%) pacientes pertenecía al grupo masculino y solo 02 (25.0%) al grupo femenino; 10 (100%) pacientes mostraron subluxación dentaria, siendo 08 (80.0%) en el grupo masculino y 02 (20.0%) en el grupo femenino; 02 (100%) pacientes mostraron luxación dentaria, siendo observado todos ellos en pacientes del grupo masculino y 02 avulsión dentaria en el grupo femenino; 08 (100%) pacientes mostraron una fractura dentaria simple, siendo 04 (50.0%) pacientes del grupo masculino y 04 (50.0%) pacientes del grupo femenino; se observó solo 02 fractura compleja observándose en el grupo masculino. Mientras que, con respecto a restauraciones anteriores o próximas, se observó que 10 (100%) pacientes presentaron movilidad de las prótesis, siendo 08 (80.0%) en el grupo masculino y 02 (20%) en el grupo femenino, así como 12 (100%) pacientes mostraron desplazamiento de restauraciones anteriores, observándose a 08 (66.7%) pacientes en el grupo masculino, mientras que solo 04 (33.3%) pacientes en el grupo femenino.

El contraste de hipótesis bajo la técnica no paramétrica Z para diferencia de proporciones nos evidencia que existe diferencia en la proporción de pacientes con injuria dentoperiodontal en el género masculino y el género femenino.

De todo lo mencionado podemos concluir que la mayor proporción de unidades de análisis del grupo control representado por 54 (58.3%) pacientes mostraron algún tipo de lesión dentoperiodontal, mientras que este evento solo se presentó

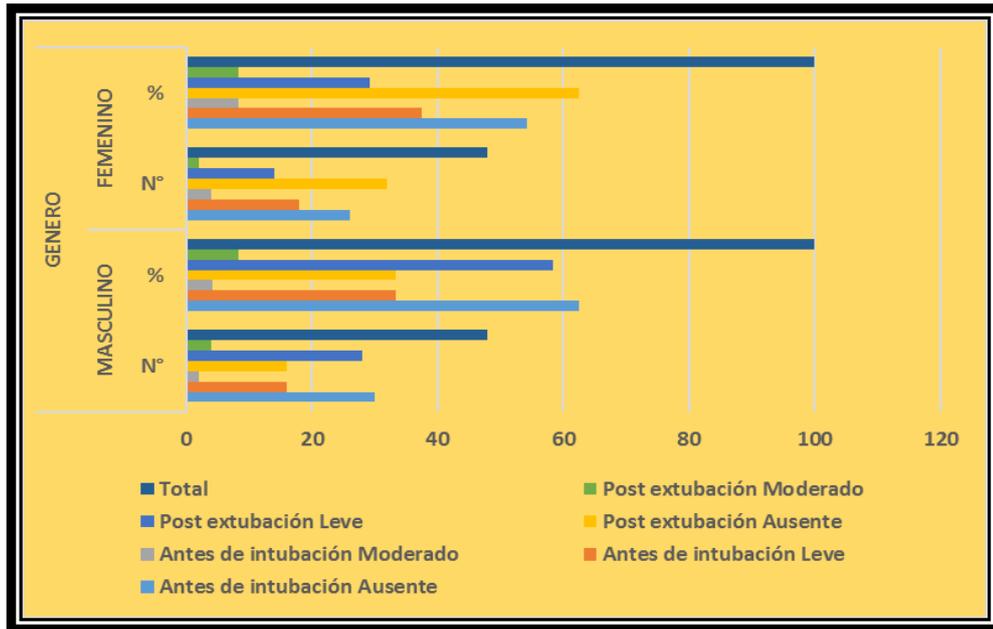
en 16 (39.2%) pacientes del grupo masculino. Asimismo, la mayor proporción de pacientes afectados con las lesiones estuvieron conformados por el grupo masculino mostrándose concusión en el 75% de los mismos, en la subluxación dentaria en un 80%, y la movilidad protésica también en un 80 % entre los datos más resaltantes.

Tabla N° 06: Evidencia clínica de disfunción mioarticular en pacientes integrantes del estudio antes y después del proceso de intubación endotraqueal según genero hospital Daniel Alcides Carrión; pasco - enero del 2017

DISFUNCIÓN MIOARTICULAR		GENERO			
		MASCULINO		FEMENINO	
		N°	%	N°	%
Antes de intubación	Ausente	30	62.5	26	54.2
	Leve	16	33.3	18	37.5
	Moderado	02	4.2	04	8.3
Post extubación	Ausente	16	33.3	32	62.5
	Leve	28	58.4	14	29.2
	Moderado	04	8.3	02	8.3
Total		48	100	48	100

Fuente: Ficha de registro clínico estomatológico postoperatorio.

Gráfico N° 06: Evidencia clínica de disfunción mioarticular en pacientes integrantes del estudio antes y después del proceso de intubación endotraqueal según genero hospital Daniel Alcides Carrión; pasco - enero del 2017



Fuente: Cuadro N° 06.

Análisis estadístico:

Estadístico de prueba: **U DE MANN WHITNEY**

	Disfunción post extubación
U de Mann-Whitney	192,000
W de Wilcoxon	492,000
Z	-2,225
Sig. asintót. (bilateral)	,026

Variable de agrupación: grupo de estudio

DECISIÓN ESTADÍSTICA:

Ho: se rechaza

H1: se acepta

Análisis e interpretación

El presente cuadro de contingencia nos resume y presenta los datos obtenidos en relación a la presencia de algún signo de disfunción mioarticular en los pacientes sometidos a intubación endotraqueal y que fueron integrantes del estudio, en donde pudimos observar los siguientes datos relevantes:

En una evaluación preliminar, antes del proceso de intubación endotraqueal, en el grupo masculino se pudo observar que de los 48 (100%) pacientes, 30 (62.5%)

no presentaban alguna evidencia de disfunción mioarticular, seguido de 16 (33.3%) pacientes con niveles de disfunción leve y solo 02 (4.2%) paciente mostraba un nivel moderado de disfunción.

En ese mismo instante de evaluación, en el grupo femenino se pudo apreciar que la mayoría conformado por 26 (54.2%) pacientes no presentaban ninguna sintomatología asociada a disfunción mioarticular, seguido de 18 (37.5%) pacientes en quienes se encontró un nivel de disfunción leve y solo 04 (8.3%) pacientes con niveles de disfunción moderado.

Asimismo, se realizó una evaluación posterior al retiro de los aditamentos de la intubación, así como del dispositivo intraoral de protección, y con la recuperación completa del estado de conciencia del paciente se pudo encontrar que, en el grupo masculino, de los 48 (100%) pacientes, solo 16 (33.3%) se mantenían con ausencia de signos de disfunción mioarticular, mientras que 28 (58.4%) pacientes los presentaban en un grado leve y 04 (8.3%) pacientes mostraban un grado moderado. Mientras que en el grupo femenino se pudo observar que de los 48 (100%) pacientes, la mayoría conformado por 32 (66.6%) pacientes no presentaban sintomatología asociada con disfunción mioarticular, seguido de 14 (29.2%) pacientes con disfunción leve, mientras que 02 (4.2 %) paciente mostraba un grado moderado.

Estos datos fueron evaluados estadísticamente bajo la técnica no paramétrica U de Mann Whitney; observando valores significativos para la significación estadística, infiriendo una diferencia en la presencia de disfunción mioarticular entre el género masculino y el género femenino.

De todo lo mencionado podemos concluir que el grupo control presento mayores niveles de disfunción mioarticular posterior a la intubación endotraqueal, observándose que 32 (66.7 %) pacientes evidenciaron algún grado de disfunción mientras que en el grupo experimental presentaron esta característica solo en 18 (37.5%) pacientes.

4.3. Prueba e hipótesis

Para el presente estudio de investigación se pudo realizar la prueba de hipótesis con las siguientes pruebas estadísticas - La evaluación estadística a través de la técnica no paramétrica Z para diferencia de proporciones nos evidencia que el grupo experimental mostró diferencia en el nivel de lesiones mucocutáneas con respecto al grupo control.

Así mismo se utilizó en las pruebas de hipótesis bajo la técnica no paramétrica U de Mann Whitney; observando valores significativos para la significación estadística, infiriendo una diferencia en la presencia de disfunción mioarticular entre el género masculino y el género femenino.

4.4. Discusión de resultados

El presente estudio sobre eventos clínicos epidemiológicos de las lesiones orofaríngeas durante la colocación del tubo endotraqueal; y nuestro ámbito de estudio del 100% de los pacientes hospitalizados el 85% de ellos se encuentran con tubo endotraqueal, de ellos el 60% de los pacientes a la inspección clínica se encontró que tenían traumatismo dentó maxilares tales como pérdida dental, movilidad dentaria, fractura dental, traumatismo de músculos y del ATM y por último las lesiones de tejidos blandos de esta región. Por lo que en un estudio piloto de los pacientes donde se colocó el dispositivo intraoral, se pudo evitar que los pacientes que contaban con este medio invasivo oral, se traumaticen pos intubación, evitar la lucha de apretamiento de tipo mordedura al tubo endotraqueal y de esta manera evitar que los diente anteriores sufran alteraciones de tipo mal posiciones y mejorar con este dispositivo intraoral las lesiones ya existente pos intubación endotraqueal y otras lesiones del tejido blando peri bucal.

Dentro de los factores de riesgo para la ocurrencia de lesiones traumáticas de las estructuras orales y peri orales en pacientes críticos se encuentran: la edad, el sexo, procedimientos de intubación endotraqueal, permanencia del tubo

endotraqueal, etc. Sin embargo, en cuanto al sexo; el sexo femenino ha disminuido esta relación; es así que, en la actualidad, los hombres presentan traumatismos en 1.5 más veces que las mujeres. Además, la participación en actividades deportivas o físicas y la hiperactividad, también son factores de riesgo. De manera interesante, el nivel socioeconómico y las condiciones del núcleo familiar son factores de riesgo, aunque menos significativos.

García-Ballesta, Carlos y Colab. pautas de actuación en las lesiones traumáticas que cursan luxación universidad de Murcia (2003). Las lesiones del ligamento periodontal son los traumatismos que suelen ocurrir más frecuentemente, tanto en la dentición temporal como en la primera fase de la dentición mixta, ya que los espacios medulares son amplios y el ligamento periodontal es más elástico, no sujetando al diente de una manera estable. A pesar del avance en los conocimientos clínicos y terapéuticos en traumatología dental, el manejo clínico de las luxaciones dentales sigue siendo algo controvertido. El objetivo planteado en este trabajo de revisión es establecer los criterios diagnósticos, así como las diferentes medidas terapéuticas para el control y manejo de las luxaciones dentales, desde el punto de vista de la evidencia científica. El método ha consistido en analizar los estudios publicados en la bibliografía médica, utilizando los recursos habituales.

Conclusión: para un tipo concreto de luxación, como es la intrusiva, en la actualidad no existe un protocolo definido para el tratamiento.

Constanza Quintero Buitrago junio de 2008 lesiones orales en el manejo de la vía aérea Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C (2008). Los traumatismos en tejidos orales derivados del manejo de la vía aérea en pacientes con compromiso eminente o potencial de ésta, son lesiones que con alguna frecuencia se presentan en urgencias, en un traslado de urgencia inestable o en pacientes programados para anestesia general¹ Por esta razón, el profesional de la salud a cargo debe conocer los tipos de lesiones de la cavidad oral que

pueden ocurrir durante estos procedimientos, las de mayor frecuencia y el manejo inicial que debe brindar al paciente el médico a cargo desde su competencia profesional.

El propósito del presente artículo es hacer una revisión actualizada del tema, presentando estadísticas a nivel mundial de la incidencia de esta complicación. De igual forma, se describen los tipos de lesiones traumáticas asociadas al manejo de la vía aérea, entre las cuales se encuentra el trauma dental. Por consiguiente, se utilizó la clasificación de trauma dento alveolar de Andreasen, adoptada por la Organización Mundial de la Salud en 1985, en la que se muestra la variabilidad de las lesiones que se presentan a este nivel: tejido dentario, tejido periodontal, hueso dento alveolar, encía/mucosa oral y luxación/subluxación de la articulación témporo-mandibular.

Además, se evidencian situaciones especiales en las que se pueden presentar estas lesiones, como es el manejo de la vía aérea en neonatos. Finalmente, se generan algunas recomendaciones que contribuyen a una mejor práctica profesional, minimizando el riesgo de las implicaciones médico-legales derivadas de una falla en la atención.

Incidencia de trauma de los tejidos orales después de la administración de anestesia general, realizado por el departamento de anestesia y de educación e investigación médica del pulí Christian hospital en Taiwán; 2004.

En el cual se evaluaron 440 pacientes adultos después de haber sido sometidos a procedimientos quirúrgicos con anestesia general con intubación endotraqueal. En 29 pacientes (6,9%) se presentaron lesiones en los tejidos orales como laceración de tejidos blandos, fracturas dentales, daños de prótesis, avulsiones dentarias, equimosis y abrasiones de la lengua.

El rango de incidencia de lesiones dentales en anestesia general, es de 1 en 1.501 a 1 en 1.000 en pacientes intubados. De acuerdo con un estudio retrospectivo en 1'000.000 de intubaciones, se encontró la siguiente distribución

en el total de lesiones: 47% de luxaciones y movilidad dental, 39% de fractura dental y 12% de daño a prótesis dental.

Esto nos hace deducir que definitivamente que se evidenciaran más lesiones orofaríngeas en procedimientos de intubación no programadas ya que los pacientes que llegan en estado crítico que requieren de este procedimiento llegan más al servicio de emergencia, por lo que emergencia es el lugar donde se produce más lesiones orofaríngeas por diferentes índoles y la más importante el tiempo sin oxigenación tisular sistémica.

El presente cuadro estadístico fue sometido a un contraste hipotético bajo la técnica paramétrica Z para diferencia de proporciones, pudiéndose encontrar una Z calculada mayor a la Z tabulada, con un $p < 0.05$ Evidenciado una diferencia estadística significativa entre dos variables.

CONCLUSIONES

Primero

De todo lo mencionado podemos concluir que la mayor proporción de unidades de análisis fueron programados a intervención por razones que engloban la cirugía general representado por el 31.2% de los pacientes; mientras que la menor proporción de pacientes fueron intervenidos por razones urológicas con un 8,3% y por razones otorrinolaringológicas el 4.2%.

Segundo

Con referencia de lo mencionado podemos concluir que en el grupo muestral prevaleció el sexo masculino (56.3%), con respecto a la edad, la mayoría de las unidades de análisis estuvo formado por pacientes entre 29 – 39 años de edad, conformado por el 47.9%. Asimismo, la mayoría de los pacientes mostraban un riesgo quirúrgico de grado II, representado por el 50.0%; mientras que el 31.2% de las unidades de análisis presentaban un índice de apertura de vías aéreas de tipo IV.

Tercero

En relación a la relación a las características estomatológicas como apertura bucal, tipo de dentadura, experiencia protésica y restauradora, así como evidencia de lesiones cariosas amplias en los pacientes integrantes del estudio y quienes recibieron un procedimiento de intubación endotraqueal, podemos concluir que la mayoría de los pacientes presentaban niveles adecuados de apertura bucal 87.5%; mientras que el tipo de dentición que más prevaleció fue el edéntulo parcial alcanzando a 77.1%; la evidencia clínica de movilidad dentaria en los pacientes mostro a 36 (37.5%) pacientes con grado I, mientras que solo 06 (6.3%) pacientes en grado III. Asimismo 38 (39.6%) pacientes mostraron experiencia protésica previa, y 62 (64.6%) pacientes mostraron experiencia restauradora previa, finalmente 40 (41.7%) pacientes presentaban lesiones amplias que dejaban la estructura dentaria en seria desventaja estructural.

Cuarto

Se observa en relación a la evidencia de lesiones mucocutáneas observadas los siguientes resultados: que la mayoría de unidades de análisis del grupo experimental no evidencia lesión mucocutánea posterior a la extubación endotraqueal, evidenciándose lesiones solo en 08 (16.7%) pacientes, mientras que 40 (83.3%) pacientes no mostraban ninguna lesión. Con respecto al sexo masculino un tamaño significativo de pacientes representado por 26 (54.2%) pacientes mostraron algún tipo de lesión post extubación endotraqueal.

Quinto

Con respecto al tipo de lesión observado podemos mencionar que 08 (100%) pacientes mostraron concusión, de los cuales 06 (75.0%) pacientes pertenecía al grupo masculino y solo 02 (25.0%) al grupo femenino; 10 (100%) pacientes mostraron subluxación dentaria, siendo 08 (80.0%) en el grupo masculino y 02 (20.0%) en el grupo femenino; 02 (100%) pacientes mostraron luxación dentaria, siendo observado todos ellos en pacientes del grupo masculino y 02 avulsión dentaria en el grupo femenino; 08 (100%) pacientes mostraron una fractura dentaria simple, siendo 04 (50.0%) pacientes del grupo masculino y 04 (50.0%) pacientes del grupo femenino; se observó solo 02 fractura compleja observándose en el grupo masculino. Mientras que, con respecto a restauraciones anteriores o próximas, se observó que 10 (100%) pacientes presentaron movilidad de las prótesis, siendo 08 (80.0%) en el grupo masculino y 02 (20%) en el grupo femenino, así como 12 (100%) pacientes mostraron desplazamiento de restauraciones anteriores, observándose a 08 (66.7%) pacientes en el grupo masculino, mientras que solo 04 (33.3%) pacientes en el grupo femenino.

Sexto

Asimismo, se realizó una evaluación posterior al retiro de los aditamentos de la intubación, así como del dispositivo intraoral de protección, y con la recuperación completa del estado de conciencia del paciente se pudo encontrar que, en el grupo masculino, de los 48 (100%) pacientes, solo 16 (33.3%) se mantenían con ausencia de signos de disfunción mioarticular, mientras que 28 (58.4%) pacientes los presentaban

en un grado leve y 04 (8.3%) pacientes mostraban un grado moderado. Mientras que en el grupo femenino se pudo observar que de los 48 (100%) pacientes, la mayoría conformado por 32 (66.6%) pacientes no presentaban sintomatología asociada con disfunción mioarticular, seguido de 14 (29.2%) pacientes con disfunción leve, mientras que 02 (4.2 %) paciente mostraba un grado moderado

RECOMENDACIONES

Primero

Es prioritario realizar una evaluación médica antes de cualquier tratamiento dental y una vez confirmado que no existen complicaciones médicas de importancia, se evaluarán las lesiones dentarias.

Segundo

La vía aérea difícil y con injurias se ha documentado desde diferentes perspectivas a lo largo del tiempo, es por este motivo que con la revisión continúa por diferentes asociaciones internacionales se ha llegado a un consenso sobre la dinámica del manejo de esta entidad; la tecnología ha también alcanzado a la vía aérea difícil con injurias ya que con el desarrollo de diferentes instrumentos la solución recomendada de ésta es una realidad con mejores resultados y la disminución de las lesiones orofaríngeas asociada.

Tercero

Definitivamente la vía aérea difícil es una entidad que se presenta frecuentemente en la práctica diaria del personal en el área de UCI, por este motivo es importante recomendar el conocer: por qué se presenta, cómo se diagnostica, cómo se evalúa, cuál es el abordaje terapéutico, cuáles son los instrumentos o técnicas necesarias para resolverla y cuáles las posibles complicaciones que deriven de la misma.

Cuarto

La recomendación de esta revisión es visualizar de una forma sistematizada el acercamiento que el personal de salud debe tener ante la vía aérea difícil con injurias; sin embargo, aún queda mucho por recorrer ya que, al ser un tópico tan versátil, todos los días surge algo nuevo.

Quinto

Dar la importancia necesaria los docentes y estudiantes en la valoración y/o estudio sobre procedimientos invasivos que traen riesgos como lesiones orofaríngeas durante la colocación del tubo traqueal o endotraqueal.

Sexto

Continuar el camino trazado por el presente trabajo, realizando un estudio de investigación multidisciplinario explicativo, y luego experimental, para profundizar los conocimientos concernientes de los eventos clínicos epidemiológicos sobre traumatismos orofaríngeo durante la IET.

Séptimo

Realizar un estudio similar en una población más numerosa, considerándose dentro de ello servicios o áreas de emergencias y urgencias, quirófanos y realizar comparaciones con los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Berman L, Blanco L, Cohen S. *Manual clínico de traumatología dental*. 1ra. Edición. Amsterdam: Elsevier; 2008.
2. Perea B. *Conceptos de odontoestomatología traumatología dentaria y prótesis*. Madrid: URL disponible en: [http://www.cej.justicia.es/pdf/publicaciones/médicos forenses / MED143.pdf](http://www.cej.justicia.es/pdf/publicaciones/médicos_forenses/MED143.pdf). (Fecha de acceso: marzo del 2008).
3. Pissiotis A, Apostole P. *Longitudinal study on types of injury, complications and treatment in permanent traumatized teeth with single and multiple dental trauma episodes*. Dental Traumatology. 2007;23(4): 222-225.
4. Borzabadi-Farahani A, Borzabadi-Farahani A, Eslamipour F. *An investigation into the association between facial profile and maxillary incisor trauma, a clinical non-radiographic study*. Dental Traumatology .2010; 26: 403-408.
5. Levin L, Lin S, Goldman S, Peleg K. *Relationship between socio-economic position and general, maxillofacial and dental trauma: A national trauma registry study*. Dental Traumatology. 2010; 26: 342-345.
6. Cohen S. *Vías de la pulpa*. 8va Edición. Madrid, España: Elsevier; 2004.
7. Acevedo JP, Cooper HM, Tirreau VT, Núñez F. *Descripción del traumatismo dentoalveo* Mallqui-Herrada LL, Hernández-Añaños JF. 48 Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(1) lar en pacientes adultos. RDC. 2006; 97 (1): 8-13.
8. Estrela C. *Ciencia endodóntica*. 1ra. Edición. Sao Paulo: Artes Médicas; 2005.
9. García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. *Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales*. Una revisión. RCOE. 2003; 8(2):131-141.
10. Pitt Ford TR, Rhodes JS. *Endodontic problem-solving in clinical practice*. 1ra. Ed. London: Martin Dunitz; 2002.
11. Bakland LK, Andreasen JO. *Dental traumatology: essential diagnosis and treatment planning*. Endodontic Topics. 2004; 7:14-34.

12. Evans D, Reid J. *A comparison of laser Doppler flowmetry with other methods of assessing the vitality of traumatized anterior teeth.* Endod Dent Traumatol. 1999; 15: 284-290.
13. Leonardo MR. Endodoncia: Tratamiento de conductos radiculares. Sao Paulo: Editorial Artes Médicas; 2005.
14. Yilmaz Y, Guler C, Sahin H. Evaluation of tooth-fragment reattachment: a clinical and laboratory study. Dental Traumatology. 2010; 26: 308-314.
15. Olsburgh S, Jacoby T, Krejci I. Crown fractures in the permanent dentition: pulpal and restorative considerations. Dental Traumatology. 2002; 18: 103-115.
16. Yilmaz Y, Zehir C, Eyuboglu O, Belduz O. Evaluation of success in the reattachment of coronal fractures. Dental Traumatology. 2008; 24: 151-158.
17. Basrani E. Radiología en endodoncia. 1ra Edición. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 2003.
18. Tabarsi B, Parirokh M, Eghbal MJ, Haghdoost AA, Torabzadeh H, Asgary S. A comparative study of dental pulp response to several pulpotomy agents. International Endodontic Journal. 2010; 43: 565-571.
19. Simon E, Lumley PJ, Cooper PR, Bridal A, Machtou P, Smith A. Trauma and dentinogenesis: A case report. J Endod. 2010; 36: 342-344.
20. Sonmez S, Sonmez H. Longterm follow-up of a complicated crown fracture treated by partial pulpotomy. IEJ. 2007; 40: 398- 403.
21. Rodríguez A. Endodoncia consideraciones actuales 1ra. Edicion. Madrid: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 2003.
22. Cotti E, Mereu M. Regenerative Treatment of an immature, traumatized tooth with apical periodontitis: Report of a case. J. Endod. 2008; 34:611- 616.
23. Bramante CM. Accidentes y complicaciones en el tratamiento endodóntico. Bauru SP, Editorial santos; 2009.

24. Canalda CS. Endodoncia técnica clínicas y bases científicas. 1ra. Edición. Barcelona: Masson; 2001.
25. Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia técnica y fundamentos. 1ra Edición. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2003.
26. Heinrich S. Evaluation of pulpal blood flow after tooth splinting of luxated permanent maxillary incisors. *Dental Traumatology*. Traumatismos dentales en dentición permanente. 49 2004; 20: 36–41.
27. Campbell KM, Casas MJ, Kenny DJ, Chau T. Diagnosis of ankylosis in permanent incisors by expert ratings, periostest and digital sound wave analysis. *Dental Traumatology*. 2005; 21: 206-212.
28. Melo A, Sakai V, Marchini T, Machado AM, Santos C, Marzola C. Management of a multiple dentoalveolar trauma in permanent dentition with avulsion of a canine: A 4-year follow-up. *J Endod*. 2008; 34:336-339.
29. Adeleke O. Evaluation of radiographs, clinical signs and symptoms associated with pulp canal obliteration: an aid to treatment decision. *Dental Traumatology*. 2009; 25: 620-625.
30. Bueno R, Mucha J. Immediate vs. late orthodontic extrusion of traumatically intruded teeth. *Dental Traumatology*. 2009; 25: 380-385.
31. Koca H, Topaloglu-Ak A. Delayed replantation of an avulsed tooth after 5 hours of storage in saliva: a case report. *Dental Traumatology*. 2010; 26: 370- 373.
32. Gopikrishna V, Singh P. Comparison of coconut water, propolis, HBSS, and milk on PDL cell survival. *J Endod*. 2008; 34: 587–589.
33. Casaroto AR, Marubayashi H, SellAM, Franco SL, Nakamura NK. Study of the effectiveness of propolis extract as a storage medium for avulsed teeth. *Dental Traumatology*. 2010; 26: 323-331.

34. Mendes BD, Denardin D, Tadeu W, Oliveira CM, Santos MC. Effect of temperature and storage media on human periodontal ligament fibroblast viability. *Dental Traumatology*. 2010; 26: 271-275.
35. Andreasen JO, Andreasen FM, Hjorting-Hansen E, Schwartz O. Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic dental injuries: a review article. *Dental Traumatology*. 2002; 18: 116-128.
36. Pohl Y, Filippi A, Kirschner H. Results after replantation of avulsed permanent teeth. I. Endodontic considerations. *Dental Traumatology*. 2005; 21: 80-92.
37. Kirakozova A, Teixeira F, Curran A, Gu F, Tawil, Trope M. Effect of intracanal corticosteroids on healing of replanted dog teeth after extended dry times. *J Endod*. 2009; 35: 663- 667.
38. Ortega R, Chaves H, Rodrigues J, Mazzonetto R. Inserción de Implante Inmediato tras avulsión dental. Reporte de caso. *Int J Odontostomat*. 2008; 2 (1):33- 38.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS - ORALES EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN; PASCO - ENERO DEL 2017

PLANT. DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	MATERIAL Y METODO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TEC. E INSTRUM
¿Cuál es el comportamiento clínico de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal Hospital Daniel Alcides Carrión; Pasco - Enero del 2017?	<p>GENERAL. Determinar el comportamiento clínico de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal Hospital Daniel Alcides Carrión; Pasco - Enero del 2017.</p> <p>ESPECÍFICOS. -Evidenciar las lesiones traumáticas - orales más frecuente post colocación del tubo endotraqueal en los pacientes sujeto a estudio. -Registrar es la frecuencia de lesiones de tejidos periodontales pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio. -Inspeccionar la frecuencia de lesiones de la encía pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio. -Demostrar las lesiones del hueso de sostén pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio. -Plasmar la frecuencia de lesiones de la mucosa oral y</p>	La tasa de incidencia y prevalencia demás indicadores clínicos epidemiológicas de las lesiones orales es medianamente alta en relación a su publicación de la misma.	VI: Comportamiento clínico epidemiológico de las lesiones orofaríngeas post Colocación del tubo endotraqueal.	TIPO se tomo como referencia a la clasificación de Beth Dawson-Saunders. Por lo que se aplicara el tipo de Estudio descriptivo observacional, de sub. Tipo descriptivo básico. Y el nivel de investigación estuvo enmarcado en el tipo cuantitativo. MÉTODOS.- En la presente se utilizó los métodos generales tales como análisis síntesis y los métodos particulares como descriptiva básica. DISEÑO.- Tomado de la clasificación del H. Sampieri se seleccionó el diseño	<p>POBLACIÓN.- Se consideró a todos los pacientes con intubación endotraqueal que están en hospital DAC PASCO, durante el tiempo señalado en el presente estudio.</p> <p>MUESTRA. Para el tamaño muestral se aplicará la técnica No Probabilística y para la selección de cada una de nuestra unidad de análisis se optará por la el Tipo Intencional aplicando criterios de inclusión, exclusión</p>	<p>INSTRUMENTO.- - Historia clínica estomatológica en pacientes críticos. - Ficha de evaluación clínica estomatológica.</p> <p>TÉCNICAS Observación. Entrevista. Examen clínico.</p>

	<p>luxación /subluxación de la articulación témporo-mandibular pos colocación del tubo endotraqueal en la población sujeta a estudio.</p> <p>-Demostrar la diferencia proporcional de los diferentes indicadores epidemiológicos de las lesiones orales os intubación endotraqueal.</p>			<p>no experimental de tipo longitudinal de tendencia.</p>	<p>haciendo una estimación de 96 paciente</p> <p>(E)²</p>	
--	---	--	--	---	--	--



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA



ANEXO Nº 01

HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGICA EN
PACIENTES CRÍTICOS

ANAMNESIS:

1. FILIACIÓN:

Nombres y apellidos:

Edad:

Sexo:

Raza:Estado Civil:

Domicilio:

Ocupación:Lugar y fecha de Nacimiento:

Motivo de Consulta:

2. ANTECEDENTES:

Generales:

Familiar:

Historia Estomatológica:

Personales:

Familiares:

Problema Actual:

3. EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO:

Extra oral:

Altura facial: Simetría Facial:
Orbitas: Nariz:
Eminencia Malar: Labio Sup. E Inf.....
Perfil: ATM.....
Movimientos mandibulares:.....
Ganglios.

Intraoral:

Mucosa Labial. Carrillos.....
Paladar duro:..... Paladar blando:
Istmo de las fauces. Orofaringe:
Lengua: Piso de Boca:
Encías:..... Dientes:.....
Diagnóstico presuntivo:

4. TUBO ENDOTRAQUEAL

Lugar de colocación:
Responsable de colocación del tubo:
Numero de tubo endotraqueal:
Indicación del por qué se colocó el tubo:

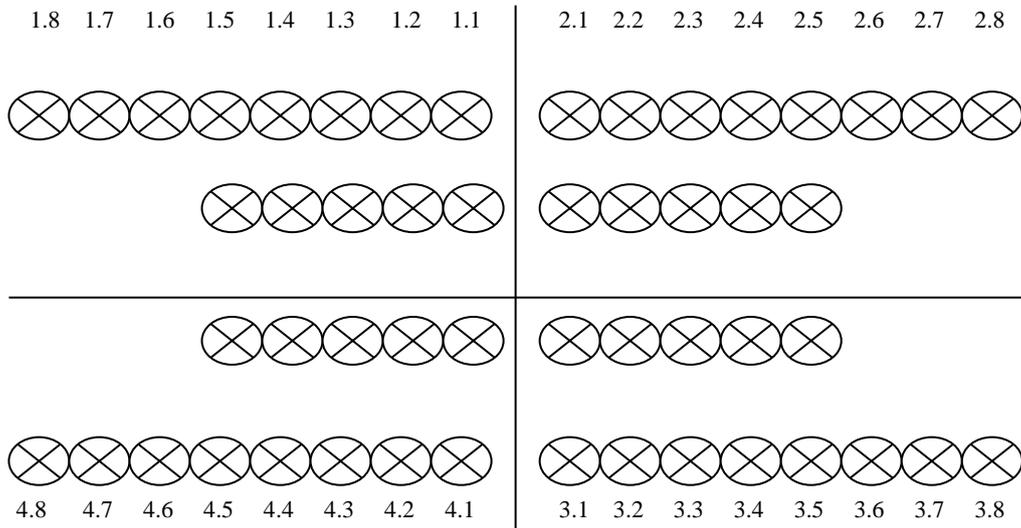
5. SISTEMA NEUROLOGICO

- Estado de Conciencia: Lúcido () Somnoliento() Sopor Superficial()
Sopor Profundo () Coma()
- Conducta: Indiferente () Agitado() Agresivo () Verborreico ()
Asequible () Ansioso ()
- Glasgow:..... AO () RM () RV ()
- Ramsay:
- Pupilas: **OD:** mm **OI :**..... mm
Isocóricas () Anisocóricas () Midriáticas () Mióticas ()
Respuesta a la luz: * Normoreactiva: OD () OI ()

* Hiporeactiva: OD () OI () *Paralítica: OD () OI ()

- Signos Meníngeos: Ausentes () Rigidez de Nuca () Fotofobia ()
- Reflejos Patológicos: Babinski () Hiperreflexia () Otros:
- Escala Análoga de Dolor. No Dolor () Leve () Moderado () Severo () Muy Severo ()
- Sistema Músculo-Esquelético: % grado de fuerza (0% - 25% - 50% - 75% - 100%)

6.- ODONTOGRAMA



N^a Piezas Presentes:

N^o. Piezas fracturadas:

N^o Piezas Ausentes:

N^o. Piezas en avulsión:

N^o. Piezas Perdidas:

N^o. Piezas con movilidad:



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA



ANEXO Nº 02

FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICAS ESTOMATOLÓGICA

Código de paciente con tubo endotraqueal: _____

EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA (Días)

	1 día	2 día	3 día	4 día	5 día	6 día	7 día	8 día	9 día	10 día
LESIONES DE TEJIDOS DUROS DENTARIOS Y DE LA PULPA										
A										
B										
C										
LESIONES DE TEJIDOS PERIODONTALES										
+++ (Marcado)										
++ (Mediatamente marcado)										
+ (Poco marcado)										
- (Ninguno)										
LESIONES DEL HUESO DE SOSTÉN										
Abundante										
Regular										
Escaso										
Ninguno										
LUXACIÓN /SUBLUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TÉMPORO-MANDIBULAR										
Presente										
Ausente										
Medianamente marcado										

OBSERVACIONES:



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA



ANEXO Nº 03
VALORACIÓN DEL SISTEMA ESTOGMATOGNÁTICO

VALORACIÓN PREANESTÉSICA		VALORACIÓN POSTANESTÉSICA	
a. Examen extraoral	Asimetría facial: Sí () No () Observaciones: _____ _____	Asimetría facial: Sí () No () _____	
	Articulación temporomandibular: Sintomática () Asintomática () Observaciones: _____ _____	Articulación temporomandibular: Sintomática () Asintomática () _____	
	Labios: Normales () Anormales () Observaciones: _____ _____	Labios: Normales () Anormales () _____	
b. Examen intraoral	Dentición natural: Completa () Incompleta () Apiñamiento () Observaciones: _____ _____	Dentición natural: Cambios presentados: _____ _____	
	Presencia de prótesis: Total superior () Total inferior () Removible superior () Removible inferior () Fija en: _____ Implantes en: _____	Presencia de prótesis: Cambios presentados: _____ _____	
	Oclusión: Mordida cruzada: Sí () No () en: _____	Oclusión: Cambios presentados: _____ _____	
	Mordida abierta anterior: Sí () No () en: _____	_____	
	Normal: Sí () No ()	_____	
	Estado periodontal: Encías inflamadas: Sí () No ()	Estado periodontal: Cambios presentados: _____ _____	
	Movilidad dental: Sí () No ()	_____	
Mucosa: Normal () Anormal () en: _____	_____		

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

LESIONES TRAUMÁTICAS -ORALES EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN; PASCO-ENERO DEL 2017.

INVESTIGADORAS:

Vásquez Vicente, Shirley Mirtha
Rapri Palpa, Lisbeth

0=Deficiente 1=Regular 2=Buena

ASPECTOS	INDICADORES	PREGUNTAS/ITEMS									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado		X								
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables		X								
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología		X								
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.		X								
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad		X								
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias		X								
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico científicos		X								
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones		X								
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico		X								
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado		X								
TOTALES			20								

APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDADOR:

MEDINA ESPINOZA, Isaías Fausto

TÍTULO PROFESIONAL/ GRADO ACADÉMICO Y/O SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN:

Dr. en Ciencia de la Salud
UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

CARGO U OCUPACIÓN:

Docente De la UNDAC

Pasco, 15 de marzo del 2020



 FIRMA

Puntaje total= TOTALES/20

DNI N° _210738

LEYENDA:	00	-	05	DEFICIENTE ()
	06	-	10	REGULAR ()
	11	-	15	BUENO () MUY
	16	-	20	BUENO ()

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

LESIONES TRAUMÁTICAS -ORALES EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN; PASCO-ENERO DEL 2017.

INVESTIGADORAS:

Vásquez Vicente, Shirley Mirtha
Rapri Palpa, Lisbeth

0=Deficiente 1=Regular 2=Buena

ASPECTOS	INDICADORES	PREGUNTAS/ITEMS									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado		X								
2.OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables		X								
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología		X								
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.		X								
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad		X								
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias		X								
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico científicos		X								
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones		X								
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico		X								
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado		X								
TOTALES			20								

APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDADOR:

SACHÚN GARCÍA, Flor Marlene

TÍTULO PROFESIONAL/ GRADO ACADÉMICO Y/O SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN:

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

CARGO U OCUPACIÓN:

Docente de la UNDAC

Pasco, 15 de marzo del 2020

Puntaje total= TOTALES/20



.....
FIRMA
DNI N° _ 17862060 _

LEYENDA:	00	-	05	DEFICIENTE ()
	06	-	10	REGULAR ()
	11	-	15	BUENO () MUY
	16	-	20	BUENO ()

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

LESIONES TRAUMÁTICAS -ORALES EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN; PASCO-ENERO DEL 2017. **INVESTIGADORAS:**

Vásquez Vicente, Shirley Mirtha

Rapri Palpa, Lisbeth

0=Deficiente 1=Regular 2=Buena

ASPECTOS	INDICADORES	PREGUNTAS/ITEMS									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado		X								
2.OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables		X								
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología		X								
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.		X								
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad		X								
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias		X								
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico científicos		X								
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones		X								
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico		X								
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado		X								
TOTALES			20								

APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDADOR:

LEON ROJAS, Emerson Edwin

TÍTULO PROFESIONAL/ GRADO ACADEMICO Y/O SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN:

Mg. Salud Pública y Comunitaria

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

CARGO U OCUPACIÓN:

Docente de la UNDAC

Pasco, 15 de marzo del 2020

Puntaje total= TOTALES/20



.....
FIRMA

DNI N° _41750750_

LEYENDA:	00	-	05	DEFICIENTE ()
	06	-	10	REGULAR ()
	11	-	15	BUENO () MUY
	16	-	20	BUENO ()