

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



T E S I S

**Placas de estabilización oclusal en la prevención de las
lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo
endotraqueal en el servicio de salas de operaciones del
Hospital II EsSalud Pasco, enero del 2020**

Para optar el título profesional de:

Licenciado en Enfermería

Autores:

Bach. Katherine Estrella CALDERON AGUIRRE

Bach. Jhonatan Cesar JINCHE ALVARADO

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



T E S I S

**Placas de estabilización oclusal en la prevención de las
lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo
endotraqueal en el servicio de salas de operaciones del
Hospital II EsSalud Pasco, enero del 2020**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dr. Johnny Walter CARBAJAL JIMENEZ
PRESIDENTE

Mg. Emerson Edwin LEÓN ROJAS
MIEMBRO

Mg. Samuel Eusebio ROJAS CHIPANA
MIEMBRO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, fuente de toda sabiduría y fortaleza, por guiarme en cada paso de mi vida. A mis padres, mi amada mamá, cuyo amor incondicional y apoyo inquebrantable han sido mi mayor inspiración. A mi tía Ali y especialmente a mi mamita Florentina, a quien extrañare siempre, aunque ya no estés físicamente a mi lado, eres como la estrella que ilumina mi vida.

Katherine Estrella C.A.

Este trabajo está dedicado a Dios, quien ha sido mi guía en el camino y me ha permitido alcanzar este momento tan significativo en mi formación profesional. A mi querida madre, Bertha Alvarado, a quien dedico este logro. Ella ha sido mi mayor fuente de inspiración, forjando la persona que soy hoy en día, con su amor, comprensión y los ejemplos de perseverancia que siempre me ha brindado. A mi familia, mis mejores guías de vida. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro, como una meta más conquistada.

Jhonatan Cesar J.A.

AGRADECIMIENTO

A Dios y de todo corazón a mis padres, especialmente a mi mamá, quien ha sido un pilar inquebrantable en mi vida, gracias por alentarme a alcanzar mis metas y por ser mi sostén en los momentos de dificultad. No hay palabras suficientes para expresar mi gratitud por todo lo que ha hecho por mí. También quiero agradecer a mi mamita Florentina, cuyo amor y recuerdo siempre permanecerán en mi corazón.

Mi más sincero agradecimiento a la UNDAC y a la Escuela de Enfermería, a los maestros por brindarme su apoyo y recursos que han sido fundamentales en mi formación académica. Además, a todos los participantes que colaboraron en la ejecución de este proyecto, su contribución y dedicación fueron esenciales para su éxito, a cada uno de ustedes, les estoy sinceramente agradecida por su valiosa ayuda y compromiso.

Katherine E. C.A.

A Dios por bendecirme la vida y a mi familia por su apoyo incondicional, En especial a mi mamita Emiliana, quien desde el cielo ilumina y guía mi camino. Ustedes Siempre fueron el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, brindándome apoyo durante los días y noches más difíciles de mis horas de estudio.

Quiero extender mi más sincero agradecimiento a la Universidad Daniel Alcides Carrión y a la Escuela de Enfermería por proporcionarme los recursos y herramientas necesarias para llevar a cabo mi formación profesional de manera exitosa.

Por último, quiero expresar mi gratitud al Dr. Javier Solís, nuestro asesor, cuyo excelente asesoramiento hizo posible la realización de este trabajo de investigación. Su guía fue fundamental para alcanzar este logro.

Jhonatan C. J.A.

RESUMEN

El presente “Placas de estabilización oclusal en la prevención de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal en servicio de salas de operaciones del Hospital II EsSalud Pasco, enero del 2020”. Tiene el objetivo general de determinar el nivel de eficacia de las Placas de Estabilización Oclusal en la prevención de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal en servicio de salas de operaciones del Hospital II EsSalud Pasco, enero del 2020. La metodología empleada fue experimental de pruebas clínicas controladas, de sub tipo controles paralelos o concurrentes aleatorio. La población muestral estuvo conformada por 28 pacientes con intubación endotraqueal hospitalizados en el servicio de SOP del Hospital EsSalud. Obteniendo los siguientes resultados que los pacientes con utilización de placas de estabilización oclusal mostraron una menor incidencia de lesiones inflamatorias en el ángulo bucal (mucositis angular) observándose en 78,57% del grupo control, estando en mayor proporción los de una severidad leve con un 35,71%. Mientras que el grupo experimental se observó en el 28,57% todo son una severidad leve, ($p < 0,0001$). Llegando a la conclusión que Las placas de estabilización oclusal tienen un grado eficacia en la prevención de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal.

Palabras clave: Lesiones traumáticas orales, tubo endotraqueal, placas de estabilización oclusal.

ABSTRACT

The present "Occlusal stabilization plates in the prevention of traumatic - oral lesions in patients with endotracheal tube in the operating room service of Hospital II EsSalud Pasco, January 2020". It has the general objective of determining the level of effectiveness of the Occlusal Stabilization Plates in the prevention of traumatic - oral injuries in patients with endotracheal tube in the operating room service of Hospital II EsSalud Pasco, January 2020. The methodology used was experimental controlled clinical trials, sub-type parallel or concurrent randomized controls. The sample population consisted of 28 patients with endotracheal intubation hospitalized in the PCOS service of the EsSalud Hospital. Obtaining the following results that patients with the use of occlusal stabilization plates showed a lower incidence of inflammatory lesions in the buccal angle (angular mucositis) observed in 78.57% of the control group, with a higher proportion of mild severity with a 35.71%. While the experimental group was observed in 28.57% all are mild severity ($p < 0.0001$). Coming to the conclusion that occlusal stabilization plates have a degree of efficacy in the prevention of traumatic injuries - oral in patients with endotracheal tube.

Keywords: Oral traumatic injuries, endotracheal tube, occlusal stabilization plates.

INTRODUCCIÓN

El incremento de los traumatismos orales se atribuye principalmente a ciertos procedimientos invasivos realizados en el ámbito hospitalario, como la intubación endotraqueal, así como a la práctica de deportes y accidentes de tránsito. No podemos dejar de mencionar situaciones de violencia y maltrato infantil como otras causas importantes. Estos traumatismos dentales a menudo afectan tanto el tejido duro como el blando, lo que conlleva un mayor riesgo de infecciones y lesiones en el sistema estomatognático, especialmente en la región dentomaxilar.

El tratamiento planificado de las lesiones traumáticas orales implica una amplia gama de procedimientos terapéuticos, y, en muchos casos, se debe abordar de manera multidisciplinaria debido a su complejidad y diversidad.

La importancia y relevancia científica del cuidados por parte del equipo de salud se basa en la atención integral durante su atención a estos tipos de pacientes y la ciencia del cuidado, expresado por la satisfacción del paciente, no solo sea de nuestra práctica rutinaria diaria por lo que el presente trabajo de investigación hace que el profesional de salud extrapole sus conocimientos científicos al cuidado de un área poca valorada por parte del enfermero intensivista y médico intensivista, ya que por su mínima influencia en la hemodinamia del paciente crítico no lo toman en cuenta atentando con los efectos mediatos e inmediatos de esta agresión ya que nos conlleva a una lesión de tejidos dentó maxilar; un ejemplo práctico, es que el paciente post extubado le es imposible que vocalice bien y mucho menos muerda un trozo de alimento por largo periodo y lo importante de esto es que se altera toda la oclusión del paciente trayendo consigo efectos clínicos bucales posteriores.

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.

Los autores

ÍNDICE

Página.

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
ÍNDICE	
ÍNDICE DE CUADROS	
ÍNDICE DE GRAFICOS	

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.	Identificación y determinación del problema	1
1.2.	Delimitación de la investigación.....	2
1.2.1.	Delimitación conceptual	2
1.2.2.	Delimitación espacial	3
1.2.3.	Delimitación temporal	3
1.2.4.	Delimitación social	3
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.....	5
1.5.1.	Justificación teórica:.....	5
1.5.2.	Justificación practica.....	5
1.5.3.	Justificación social	5
1.6.	Limitaciones de la investigación	6

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de estudio	7
2.2.	Bases teóricas – Científicas	10
2.3.	Definición términos básicos	22
2.4.	Formulación de hipótesis.....	23

2.4.1.	Hipótesis general	23
2.4.2.	Hipótesis específicas	23
2.5.	Identificación de variables	24
2.6.	Definición operacional de variables e indicadores	24

CAPITULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1.	Tipo de investigación.....	25
3.2.	Nivel de investigación.....	25
3.3.	Métodos de investigación	25
3.4.	Diseño de investigación.....	26
3.5.	Población y muestra	26
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
3.7.	Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación.....	28
3.8.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	28
3.9.	Tratamiento estadístico	28
3.10.	Orientación ética, filosófica y epistémica	29

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	Descripción del trabajo de campo	30
4.2.	Presentación, análisis e interpretación de resultados	31
4.3.	Prueba de hipótesis.....	47
4.4.	Discusión de resultados	48

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

ANEXOS

ÍNDICE DE CUADROS

	Página.
Cuadro 1. Lesiones mucocutáneas orales y periorales evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de SOP Hospital II EsSalud Pasco – 2020.....	31
Cuadro 2. Tipo de lesiones mucocutáneas orales y periorales evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Salas de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.	33
Cuadro 3. Presencia de lesiones dentarias evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.....	36
Cuadro 4. Tipo de lesiones dentarias evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.....	38
Cuadro 5. Evidencia clínica de mucositis angular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.....	41
Cuadro 6. Evidencia clínica de disfunción articular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.	43
Cuadro 7. Evidencia clínica de disfunción muscular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.	45

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Página.
Gráfico 1. Lesiones mucocutáneas orales y periorales evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de SOP Hospital II EsSalud Pasco – 2020.....	31
Gráfico 2. Tipo de lesiones mucocutáneas orales y periorales evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.	34
Gráfico 3. Presencia de lesiones dentarias evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.....	36
Gráfico 4. Tipo de lesiones dentarias evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.....	39
Gráfico 5. Evidencia clínica de mucositis angular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.	41
Gráfico 6. Evidencia clínica de disfunción articular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.	43
Gráfico 7. Evidencia clínica de disfunción muscular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.	46

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema

La orientación filosófica de la salud en un sistema contemporáneo responde a satisfacer, resolver y atender humanamente los problemas de la salud en un contexto personal y social y natural; ubicándonos en una realidad concreta que responda a circunstancias geográficas, culturales, políticas y sociales. Por lo que entendemos a la salud como una actividad significadora del ser humano que busca su desarrollo sustentable y sostenible en una conciencia armónica con su medio individual, social y natural.

En el marco de nuestro planteamiento epistémico y tecnológico incubar una nueva perspectiva en el manejo de pacientes críticos sometidos a intubación endotraqueal, que es producto de interacción reflexiva y crítica con nuestra práctica social clínica diaria y que pretenden buscar el bien común en un contexto social y cultural de los pacientes sometidos a dicho procedimiento clínico.

La gestación del párrafo anterior nos conlleva al alumbramiento de una nueva alternativa clínica procedimental en el manejo protocolar de los pacientes sometidos a intubación endotraqueal el cual en nuestra práctica diaria nos ha demostrado ser más humana controlando el efecto lesivo con lo que comúnmente se practica, haciendo que la tecnología y su uso estén al servicio del paciente.

Lo descrito nos deja discurrir bajo la perspectiva de Kedrov y Spirkin en el que la ciencia es un acto y hecho interdisciplinario, que su perspectiva de sus constructos se operativiza como un acto socio histórico cultural; y que los resultados de estas se contrastan con la práctica cotidiana social clínica. Este primordio tecnológico que se pretende contribuir a la práctica clínica intensiva, busca transformar una realidad insatisfactoria desde un punto de vista humano en el que el paciente sufre las secuelas de un proceso de intubación traumático y lesivo; con la incorporación de esta tecnología buscamos transformar el protocolo de atención buscando la eficiencia y eficacia en los procedimientos clínicos.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación conceptual

Placas de Estabilización Oclusal: Brinda al paciente una posición articular más estable y una oclusión funcional óptima, además disminuye la hiperactividad muscular, cambia el patrón nervioso y protege las estructuras dentarias y de soporte.

Rehabilitación: Es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno.

Lesiones Traumáticas – Orales: Consiste en una pérdida de sustancia en la que la lesión afecta a todo el espesor del epitelio. Estas lesiones, por lo

general, suelen ser bastante dolorosas y pueden dejar cicatriz dependiendo normalmente de la extensión de las lesiones sobre todo en profundidad.

Pacientes: Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.

Tubo endotraqueal: Un tubo traqueal es un catéter que se inserta en la tráquea con el propósito de establecer y mantener una vía aérea permeable y para asegurar el adecuado intercambio de O₂ y CO₂.

1.2.2. Delimitación espacial

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en el servicio de Salas de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco.

1.2.3. Delimitación temporal

Este estudio de investigación tuvo una duración de 11 meses de enero a noviembre del año 2020.

1.2.4. Delimitación social

Para este estudio se tomó como referencia al grupo de pacientes en un número de 28 pacientes; 14 para cada grupo de estudio uno control y otro grupo experimental.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de eficacia de las placas de estabilización oclusal en la prevención de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal; en el servicio de salas de operaciones del Hospital II EsSalud Pasco, enero del 2020?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las lesiones mucocutáneas orales y periorales evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación

según su tipología clínica y grupo de estudio en las unidades de análisis?

- ¿Cuál es la evaluación clínica de la presencia de lesiones dentarias evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según tipo de lesión y el grupo de estudio, en los elementos muestrales?
- ¿Cuáles son la evidencia clínica de mucositis angular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio en los integrantes del estudio?
- ¿Cuál es el nivel de la presencia clínica de disfunción articular y muscular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización en las unidades de análisis, según grupo de estudio?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de eficacia de las placas de estabilización oclusal en la prevención de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal en servicio de salas de operaciones del Hospital II EsSalud Pasco, enero del 2020.

1.4.2. Objetivos específicos

- Registrar las lesiones mucocutáneas orales y periorales evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según su tipología clínica y grupo de estudio en las unidades de análisis
- Evaluar la presencia de lesiones dentarias evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de

estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según tipo de lesión y el grupo de estudio, en los elementos muestrales.

- Registrar la evidencia clínica de mucositis angular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio en los integrantes del estudio.
- Evaluar la presencia clínica de disfunción articular y muscular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal en las unidades de análisis, según grupo de estudio.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica:

En el presente estudio se pretende asociar si las placas de estabilización oclusal son efectivas en la rehabilitación de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal; servicio de salas de operaciones, caso contrario buscar mejores alternativas frente a este cuadro clínico inducido por un procedimiento invasivo de orden necesario.

1.5.2. Justificación practica

En el que hacer clínico diario nos enfrentamos frente al procedimiento inevitable de colocación de un tubo endotraqueal ya que tiene su justificación clínica es inevitable las lesiones de tejidos duros y blandos frente a esto se diseñó esta placa con el objetivo de buscar su rehabilitación frente a estas lesiones; así mismo buscar otras formas de abordar este evento clínico.

1.5.3. Justificación social

Se trata de dar un buen soporte terapéutico para la prevención de estas lesiones de tejido duro y blando de esta estructura estomatognático durante la intubación endotraqueal, y además esto nos permitirá la buena adaptación de nuestra paciente post extubación y que la armonía oclusiva no sea una secuela irreversible en nuestros pacientes.

1.6. Limitaciones de la investigación

La única limitación del presente estudio fue de orden económico ya que para la elaboración de las placas se necesitan de recursos económicos y por la condición donde nos encontramos es una limitante en la ejecución del presente trabajo de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

Internacionales

Trujillo Morales, Lizett; Valenzuela Esquivel, Rubén; Tovar Carrillo, Karla; Cuevas Gonzales, Juan Carlos; Donohue Cornejo, Alejandro; Nava Martínez, Salvador David & Espinosa Cristóbal, León Francisco (2021) en Mexico en su trabajo de investigación titulada “Evaluación de lesiones orales en pacientes intubados y su asociación con el motivo de hospitalización” tuvieron el objetivo: Identificar las alteraciones bucodentales más frecuentes en pacientes intubados, así como explorar las posibles asociaciones de acuerdo con los motivos de intubación más frecuentes. Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y comparativo en el cual se evaluaron alteraciones bucodentales y sistémicas de pacientes intubados. Los grupos de estudio se desarrollaron de acuerdo con el motivo de intubación y la determinación de las asociaciones fue con cada una de las alteraciones bucodentales y sistémicas. Resultados: El motivo de intubación más frecuente

fue el evento cerebral vascular (EVC) y las alteraciones dentofaciales más prevalentes fueron caries, lengua saburral y cálculo dental, entre otras. Además, se encontraron diferencias significativas entre pacientes con EVC, mostrando una mayor frecuencia en tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como en la presencia de gingivitis y úlceras. Pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) tuvieron mayor frecuencia en la presencia de periodontitis. Conclusión: El motivo de hospitalización y las condiciones sistémicas preexistentes pueden ser un factor de riesgo para desarrollar lesiones bucales específicas antes y durante el periodo de intubación.

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.

Nacionales

Obando Rodriguez & Ramos Escalante (2017) en Trujillo en su trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento y cuidado enfermero en pacientes con tubo endotraqueal del Hospital Belén de Trujillo 2017” tuvieron como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y

el cuidado enfermero en pacientes con tubo endotraqueal del Hospital Belén de Trujillo. Fue un estudio de investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 17 enfermeras que laboran en cuidados intermedios de los servicios de medicina y cirugía; a quienes se les aplicó un cuestionario para identificar el nivel de conocimiento y una guía de observación. Obteniendo los siguientes resultados que el 35% de enfermeras calificó nivel alto de conocimiento y el 65% nivel medio; así mismo se evidenció que el 47% de enfermeras aplicó adecuadamente el cuidado a pacientes con tubo endotraqueal. En tanto que el 53% tuvo nivel inadecuado de aplicación. Llegando a la conclusión que el nivel de conocimiento y cuidado enfermero en pacientes con tubo endotraqueal se relacionan significativamente según la prueba estadística Chi-cuadrado con un p-valor de significancia de 0.027 ($p < 0.05$).

Núñuvera 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

2.2. Bases teóricas – Científicas

Traumatismos orales

A lo largo del tiempo, diferentes autores han estudiado y clasificado las lesiones traumáticas orales. Estas clasificaciones han sido detalladas y abarcan una amplia gama de situaciones y escenarios. En este contexto, proporcionaremos un resumen completo de estas clasificaciones, teniendo en cuenta también la etiología o las causas que dan origen a estas lesiones.

a. Etiología de los traumatismos

Las lesiones traumáticas orales pueden ser causadas por diversas circunstancias vivenciales y la edad del paciente también juega un papel importante en esto. Estas lesiones pueden presentarse desde el nacimiento debido a la inadecuada aplicación de los fórceps o a ciertas maniobras clínicas que se llevan a cabo en el proceso de atención médica.

b. Lesiones Orales Traumáticas y Traumatismos Estomatológicos:

Las lesiones orales traumáticas y los traumatismos estomatológicos son eventos que resultan en daño físico a los tejidos de la cavidad oral debido a fuerzas externas. Estos traumatismos pueden surgir de accidentes, actividades deportivas o incidentes cotidianos en los que la región oral se ve afectada. Estos eventos pueden causar una serie de problemas, que van desde daños en los dientes y las encías hasta lesiones más graves en las estructuras de soporte y la articulación temporomandibular.

La intubación endotraqueal, un procedimiento crucial en el ámbito médico y quirúrgico, involucra la inserción de un tubo en la tráquea del paciente para asegurar una vía aérea permeable durante la ventilación mecánica. Sin embargo, esta intervención no está exenta de riesgos, especialmente en lo que respecta a las estructuras orales y

estomatológicas. Durante la intubación, el tubo endotraqueal puede entrar en contacto con los dientes, encías, mucosa oral y la articulación temporomandibular, lo que puede llevar a la aparición de lesiones orales traumáticas y traumatismos estomatológicos.

La relación entre la intubación endotraqueal y las lesiones orales traumáticas y traumatismos estomatológicos es un área de interés creciente en la investigación médica. Los estudios clínicos han abordado la incidencia y gravedad de estas lesiones en pacientes intubados, así como las estrategias para prevenirlas. Entre estas estrategias, la utilización de técnicas de intubación más suaves, el uso de dispositivos de protección oral y la consideración de la posición de los pacientes durante la intubación han sido propuestas para mitigar el riesgo de daño a los tejidos orales.

1. Lesiones de Tejidos Duros Dentarios y de la Pulpa:

Las lesiones en los tejidos duros dentarios se refieren a daños en el esmalte y la dentina de los dientes. Estos daños pueden variar desde pequeñas fracturas hasta la pérdida significativa de estructura dental. Cuando las fuerzas traumáticas son intensas, la pulpa dental, que contiene los vasos sanguíneos y los nervios, también puede resultar dañada. Esto puede llevar a inflamación, infección y dolor. El manejo de estas lesiones puede requerir desde restauraciones dentales simples hasta tratamientos de endodoncia más complejos para preservar la vitalidad del diente.

Las lesiones traumáticas orales en pacientes intubados pueden afectar los tejidos duros dentarios y la pulpa dental debido a la presión ejercida durante la intubación. El uso de placas de estabilización oclusal podría distribuir de manera más uniforme las fuerzas y minimizar los

riesgos de fracturas dentales o daño pulpar, al tiempo que garantiza la estabilidad de la mandíbula durante el procedimiento.

En el contexto de traumatismos orales y movimientos dentarios, diferentes tipos de lesiones dentarias pueden ocurrir como resultado de fuerzas externas que afectan la estructura dental y los tejidos circundantes. Estas lesiones pueden variar en su naturaleza y gravedad, y su clasificación proporciona información importante para el diagnóstico y el manejo adecuado.

- Fractura Simple: La fractura simple es una lesión dentaria en la que la estructura dental se rompe pero los fragmentos permanecen unidos. Esta lesión puede involucrar el esmalte, la dentina o ambas. En casos de fractura simple, el diente puede no mostrar movilidad significativa y el dolor puede ser mínimo. La restauración y el tratamiento dependen de la extensión y localización de la fractura, pudiendo variar desde empastes dentales hasta restauraciones más extensas como coronas.
- Fractura Compuesta: La fractura compuesta es una lesión más extensa en la que la estructura dental se rompe en fragmentos separados. En este caso, puede haber una separación de los fragmentos o incluso pérdida de fragmentos dentarios. La fractura puede extenderse hacia la dentina o incluso alcanzar la pulpa dental. Las fracturas compuestas pueden requerir tratamientos más invasivos, como reconstrucciones con materiales restaurativos, y en algunos casos, endodoncia si la pulpa está comprometida.
- Movilidad Dentaria: La movilidad dentaria se refiere al desplazamiento anormal de un diente en su alveolo debido a

traumatismos. Puede variar desde una leve movilidad hasta una movilidad severa que indica la disrupción de las fibras periodontales y el hueso alveolar. La movilidad dentaria puede ser un signo de lesiones periodontales o traumatismos más graves. El tratamiento dependerá del grado de movilidad y puede ir desde la observación en casos leves hasta la inmovilización dental o cirugía en situaciones más complejas.

2. Lesiones de Tejidos Periodontales:

Las lesiones en los tejidos periodontales involucran daños en las encías, el ligamento periodontal y el hueso alveolar que rodean los dientes. Estas lesiones pueden ser el resultado de impactos traumáticos y pueden manifestarse como sangrado, inflamación y pérdida de la inserción del ligamento periodontal. En casos severos, la pérdida ósea alveolar puede comprometer la estabilidad del diente. El tratamiento de estas lesiones puede requerir medidas que van desde la higiene bucal mejorada hasta cirugías periodontales para restaurar la salud de los tejidos de soporte.

El posicionamiento incorrecto del tubo endotraqueal puede ocasionar lesiones en los tejidos periodontales y el hueso alveolar. La colocación de placas de estabilización oclusal podría contribuir a mantener la alineación adecuada de los dientes y, por ende, la salud de los tejidos de soporte, reduciendo la probabilidad de pérdida de inserción periodontal y pérdida ósea alveolar.

3. Lesiones del Hueso de Sostén:

Las lesiones en el hueso alveolar, que proporciona soporte a los dientes, pueden ocurrir como resultado de traumatismos. Estas lesiones pueden llevar a la pérdida de estructura ósea, lo que a su vez

afecta la firmeza de los dientes en su lugar. La regeneración del hueso alveolar puede ser un proceso complejo y, en algunos casos, pueden ser necesarios procedimientos de injerto óseo para restablecer la integridad estructural y funcional.

4. Lesiones de la Encía y de la Mucosa Oral:

Las lesiones en la encía y la mucosa oral involucran daños en la capa externa de la cavidad oral. Estos daños pueden variar desde abrasiones menores hasta laceraciones más graves en la mucosa oral y las encías. Las lesiones en estas áreas pueden causar dolor, sangrado y aumentar el riesgo de infección debido a la exposición de los tejidos internos al entorno oral. El tratamiento puede incluir desde cuidados locales de heridas hasta suturas en casos más extensos.

Las placas de estabilización oclusal podrían actuar como una barrera protectora, minimizando el contacto directo entre el tubo endotraqueal y la encía, así como la mucosa oral. Esto podría disminuir la posibilidad de abrasiones, laceraciones o contusiones en estas áreas sensibles, lo que a su vez reduciría el riesgo de infecciones secundarias.

A) Las lesiones mucocutáneas orales y periorales: son alteraciones que afectan la piel y las membranas mucosas en la región de la boca y sus alrededores. Estas lesiones pueden variar en su apariencia, etiología y gravedad, y pueden ser causadas por diversos factores, como infecciones, reacciones alérgicas, enfermedades autoinmunes, traumatismos, entre otros.

Estas lesiones presentan un amplio espectro de manifestaciones clínicas. Pueden incluir erupciones cutáneas, úlceras en la mucosa oral, inflamación de los labios, ampollas,

vesículas y placas de coloración anómala. La localización, forma, tamaño y síntomas asociados de estas lesiones pueden proporcionar valiosas pistas para su diagnóstico.

En pacientes sometidos a intubación endotraqueal, las lesiones mucocutáneas orales y periorales representan un desafío adicional en la gestión de su cuidado. Estas lesiones pueden ser el resultado directo de la inserción y el contacto del tubo endotraqueal con los tejidos en la región bucal y perioral. La combinación de factores como la fricción, la presión y la humedad asociados con el tubo puede dar lugar a diversas manifestaciones de lesiones en estas áreas sensibles.

Estas lesiones pueden clasificarse en diferentes tipos según sus características clínicas y apariencia, y pueden proporcionar pistas valiosas sobre los posibles mecanismos subyacentes y la gravedad del trauma.

- Erosivas/Ulcerativas: Las lesiones mucocutáneas erosivas o ulcerativas son áreas de la piel o mucosa que presentan pérdida de tejido superficial o profundo. Estas lesiones pueden surgir como resultado del contacto directo y continuo del tubo endotraqueal con los tejidos orales y periorales. Las erosiones y úlceras pueden causar dolor y malestar significativos para el paciente. El enrojecimiento, la inflamación y la formación de costras pueden ser características asociadas a estas lesiones. El tratamiento puede implicar medidas para aliviar la irritación, prevenir infecciones secundarias y promover la cicatrización.
- Petequias/Equimosis: Las petequias son pequeñas manchas rojas o moradas que resultan de la ruptura de pequeños vasos

sanguíneos bajo la piel o la mucosa debido a la presión o trauma. Las equimosis son manchas más grandes y a menudo se presentan como moretones. Estas lesiones pueden ser el resultado de la presión ejercida por el tubo endotraqueal durante la intubación. La formación de petequias y equimosis puede depender de la fragilidad capilar del paciente y la intensidad del trauma. Si bien estas lesiones suelen ser autolimitadas y no requieren un tratamiento específico, su presencia puede indicar la necesidad de ajustes en las técnicas de intubación.

- Múltiples: Las lesiones mucocutáneas múltiples se refieren a la presencia de varias lesiones en distintas áreas de la piel y la mucosa. Estas lesiones pueden ser de diversos tipos, incluyendo erosiones, petequias y equimosis. La aparición de lesiones múltiples puede indicar un contacto prolongado o repetido del tubo endotraqueal con los tejidos sensibles, lo que aumenta el riesgo de daño. La evaluación y el manejo de estas lesiones deben ser integral, considerando la posibilidad de ajustes en la técnica de intubación y medidas preventivas.

B) La mucositis angular: También conocida como queilitis angular o boqueras, es una afección que afecta la comisura de los labios, donde los labios superior e inferior se encuentran. Esta condición se caracteriza por la inflamación, enrojecimiento y fisuras dolorosas que se desarrollan en esta región. La mucositis angular puede ser debilitante y dolorosa, lo que afecta la capacidad del paciente para hablar, comer y realizar actividades cotidianas.

Durante el proceso de la intubación endotraqueal, el tubo puede entrar en contacto con los tejidos en la región perioral y labial, especialmente en la comisura de los labios. Esta manipulación puede causar irritación y fricción en esta área sensible, predisponiendo a la humedad y la maceración debido a la acumulación de saliva y fluidos.

La humedad persistente en las comisuras labiales, combinada con la presión ejercida por el tubo endotraqueal, crea un ambiente propicio para el crecimiento de microorganismos, como hongos y bacterias. Estos microorganismos pueden causar infecciones, incluida la candidiasis, que es una causa común de mucositis angular.

En pacientes sometidos a intubación endotraqueal, la mucositis angular puede manifestarse como enrojecimiento, inflamación y fisuras dolorosas en las comisuras labiales. Esta relación entre la intubación y la mucositis angular destaca la importancia de la atención integral y el monitoreo de los pacientes después del procedimiento. La prevención y el manejo adecuado de esta afección pueden incluir medidas como la aplicación de emolientes tópicos, la mejora de la higiene bucal y el tratamiento de infecciones subyacentes.

5. Luxación/Subluxación de la Articulación Temporomandibular:

La luxación y subluxación de la articulación temporomandibular (ATM) se refieren a trastornos que afectan la función de la articulación que conecta la mandíbula con el cráneo. La luxación implica una separación completa de las superficies articulares, mientras que la subluxación involucra una separación parcial. Estos trastornos pueden

causar dolor, chasquidos articulares, limitación de la apertura bucal y dificultades al masticar. La gestión de estos trastornos puede implicar enfoques que van desde ejercicios de fisioterapia y medidas conservadoras hasta procedimientos quirúrgicos en casos más graves. La manipulación de la mandíbula durante la intubación podría llevar a luxaciones o subluxaciones de la articulación temporomandibular. La utilización de placas de estabilización oclusal podría contribuir a mantener la estabilidad de la articulación, disminuyendo el riesgo de trastornos temporomandibulares y el consiguiente malestar para los pacientes.

A) **Disfunción Articular:** La intubación endotraqueal implica la manipulación de la mandíbula y la apertura forzada de la boca para facilitar la inserción del tubo. Estos movimientos, especialmente cuando se realizan de manera brusca o en pacientes con dificultades anatómicas, pueden causar tensión y estrés en las estructuras que rodean la ATM, como los músculos masticatorios y los ligamentos. Esto puede resultar en disfunciones en la articulación y malestar en la región de la mandíbula. Los síntomas de la disfunción articular post intubación pueden incluir dolor en la mandíbula, dificultad para abrir o cerrar la boca, chasquidos o crepitación al mover la mandíbula y sensación de bloqueo en la articulación. Estos síntomas pueden ser temporales o prolongados, y su gravedad puede variar según la técnica de intubación utilizada, la duración del procedimiento y la respuesta individual del paciente.

Placas de estabilización oclusal:

Son protectores y rehabilitadores bucales, frente a traumatismos directos e indirectos, tanto en tejido duro como tejido blando del sistema estomatognático (Eduardo Lanata; Operatoria Dental pag. 32).

Tipos:

Relativos: Son aquellos, que protegen una zona determinada del medio oral, es decir solo el campo operatorio, o el medio que se desea tratar en procedimientos odontológicos, pero también se tiene en cuenta, que mantienen la apertura bucal, durante el tiempo de trabajo (Eduardo Lanata; Operatoria Dental pag. 35). Este dispositivo está hecha a base de goma masticable, es utilizado en pacientes odontopediátricos, pero son muy eficaces ya que mantienen al paciente con una apertura bucal, adecuada para el campo de trabajo, y que lo más importante, el paciente no se siente incómodo con el dispositivo en la boca, no produce dolores postoperatorios, son muy efectivas, en el aislamiento relativo del campo operatorio del médico odontólogo.

Absolutos: Es un tipo de dispositivo oral que aísla absolutamente toda una pieza dentaria, pero se tiene en cuenta este tipo de dispositivos para restauraciones dentarias, ya que son muy efectivas, pero mantener la apertura bucal, no, ya que no brindan una buena visibilidad, un campo operatorio bastante limitado (Eduardo Lanata; Operatoria Dental pag. 41).

Dispositivo intraoral en unidad de cuidados intensivos: Este tipo de dispositivo, se prepara de forma individual para cada paciente, ya que se le agrega unas aletas a base de acrílico autopolimerizable, para poder fijar, es decir tener una posición fija, y no correr el riesgo de que el paciente pueda sufrir, alguna laceración o inestabilidad en el medio oral.

Materiales:

- Modelo de la arcada superior e inferior del paciente
- Registro de mordida del paciente

- Mango de bisturí
- Hoja de bisturí, Nro 15
- ACRILICO de autopolimerizado
- Topes oclusales de tamaño pequeño mediano y grande.
- Abrebocas en arco con intermediario de metal tamaño pequeño y mediano
- Tornillos de remache
- Perforadores de acrílicos
- Agua fría

Ventajas:

Permite un adecuado campo operatorio, Buena visibilidad, Favorece a la regeneración de tejidos blandos y Reimplantación dentaria en caso de lesiones de estas.

Desventajas:

- Manejo de personas capacitadas.

Indicaciones:

- En pacientes sedo analgesia
- Pacientes con tubo endotraqueal.
- Pacientes con traumatismo dento maxilar
- Pacientes con traumatismos peri bucal y tejido blando

Contraindicaciones:

- Pacientes con fractura maxilar
- Pacientes con fractura mandibular

Protocolo de Preparación

- Determinar el registro de mordida del paciente en estado crítico.
- Determinar la distancia interoclusal para la selección de topes oclusales pequeño, mediano y grande,

- Determinar la apertura bucal para la selección de abre bocas de diferentes tamaños.
- Seleccionar la longitud de remache a utilizar según biotipo individual.
- Perforar los topes oclusales y abre boca y su posterior coloque de los remaches.
- Realizar pruebas en boca reajustando los contactos con la incorporación de acrílicos autopolimerizables.
- Instalar en boca del paciente evitando contactos inestables y presiones excesivas sobre tejidos blandos.

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.

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.

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 términos básicos

Placas de Estabilización Oclusal: Brinda al paciente una posición articular más estable y una oclusión funcional óptima, además disminuye la hiperactividad muscular, cambia el patrón nervioso y protege las estructuras dentarias y de soporte.

Rehabilitación: Es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno.

Lesiones Traumáticas – Orales: Consiste en una pérdida de sustancia en la que la lesión afecta a todo el espesor del epitelio. Estas lesiones, por lo general, suelen ser bastante dolorosas y pueden dejar cicatriz dependiendo normalmente de la extensión de las lesiones sobre todo en profundidad.

Pacientes: Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.

Tubo endotraqueal: Un tubo traqueal es un catéter que se inserta en la tráquea con el propósito de establecer y mantener una vía aérea permeable y para asegurar el adecuado intercambio de O₂ y CO₂.

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Las placas de estabilización oclusal tienen un grado eficacia en la prevención de las lesiones traumáticas - orales en pacientes con tubo endotraqueal; servicio de salas de operaciones del Hospital II EsSalud Pasco, enero del 2020.

2.4.2. Hipótesis específicas

- Las lesiones mucocutáneas orales y periorales son de menor incidencia durante el procedimiento de intubación endotraqueal con Placas de Estabilización Oclusal y tratamiento de recuperación según su tipología clínica y grupo de estudio en las unidades de análisis
- La presencia de lesiones dentarias son de menor incidencia durante el procedimiento de intubación endotraqueal con Placas de Estabilización Oclusal y tratamiento de recuperación según tipo de lesión y el grupo de estudio, en los elementos muestrales.
- Existe una menor incidencia en la evidencia clínica de mucositis angular posterior al retiro de tubo endotraqueal y Placas de Estabilización Oclusal según grupo de estudio en los integrantes del estudio.
- Existe una menor incidencia de presencia clínica de disfunción articular y muscular posterior al retiro de tubo endotraqueal y Placas

de Estabilización Oclusal en las unidades de análisis, según grupo de estudio.

2.5. Identificación de variables

- Variable Independiente: Placas de Estabilización Oclusal.
- Variable Dependiente: Lesiones Orales Traumáticas.

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

Variables	Def. Conceptual de la variable	Dimensión	Indicador o Valor final	Escala de medición
VI.- Placas de Estabilización Oclusal.	Son protectores bucales, frente a traumatismos directos e indirectos, tanto en tejido duro como tejido blando del sistema estomatognático.	Técnicas y materiales bio protectores	a. Efectivo b. Medianamente Efectivo c. Inefectivo	Nominal - Ordinal
VD.- Lesiones Orales Traumáticas.	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.	Traumatismos Estomatológicos.	- Lesiones de tejidos duros dentarios y de la pulpa -Lesiones de tejidos periodontales -Lesiones del hueso de sostén -Lesiones de la encía y de la mucosa oral -Luxación /subluxación de la articulación témporo-mandibular	Nominal

CAPITULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

En el presente estudio de investigación se tomó como referencia a la clasificación de Beth Dawson-Saunders. Por lo que se aplicó el tipo de Estudio Experimental de pruebas clínicas controladas, de sub. Tipo controles paralelos o concurrentes aleatorio.

3.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación que enmarca fue el nivel cuantitativo, por su orientación y postura investigativa.

3.3. Métodos de investigación

En el presente estudio se utilizó los métodos consagrados en el ambiente científico, “el método científico”, además de métodos generales tales como el método de análisis y síntesis y como método particular se tomó el método experimental.

3.4. Diseño de investigación

Para el diseño se tomó Según R.H Sampieri el diseño de experimentos verdaderos de subtipo DISEÑO CON POST PRUEBA ÚNICAMENTE Y GRUPO DE CONTROL cuya fórmula es la siguiente:

RG ₁	X	O ₁
RG ₂	-	O ₂

Donde:

- R: Asignación al azar o aleatorización de pacientes con tubo endotraqueal
- G1: Grupo experimental
- G2: Grupo control
- X: Dispositivo intraoral o condición experimental
- O: Medición a ambos grupos de análisis.

3.5. Población y muestra

Población:

Se consideró todos los pacientes con intubación endotraqueal hospitalizados en el servicio de salas de operaciones del Hospital II ESSALUD, durante el tiempo señalado en el presente estudio

Muestra:

- TIPO: No Probabilística
- FORMA DE SELECCIÓN: intencional
- TAMAÑO MUESTRAL: 28 pacientes divididos en dos grupos; control y experimental

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años y menores de 70 años con necesidad de tratamiento con soporte ventilatorio a través de tubo endotraqueal.

- Pacientes con un minio de 8 dientes distribuidos de forma simétrica en el sector posterior del maxilar superior e inferior
- Pacientes con consentimiento informado de participación en el estudio.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Considerando los métodos de investigación y los objetivos que se alcanzaron en el estudio se utilizó las siguientes:

Técnicas

- Observación. Utilizando esta técnica, se llevó a cabo la ficha de evaluación clínica estomatológica antes y después de la colocación del dispositivo intraoral..
- Entrevista. Mediante esta técnica, hemos podido recolectar tanto datos primarios como secundarios, los cuales formarán parte esencial de la historia clínica del paciente crítico en la sala de cuidados intensivos.
- Monitorización clínica. Este es el medio técnico más relevante del presente estudio ya que en definitiva nos permitió evaluar con rigor científico cuan diferencia significativa tuvo nuestro estudio bajo los diferentes instrumentos.
- Examen clínico. Mediante esta técnica, comúnmente utilizada en trabajos clínicos de tipo aplicativo, se registra la recopilación de datos relevantes que servirán como variables para el control adecuado y sin sesgos exagerados en este estudio. El objetivo es asegurar que los datos obtenidos sean precisos y útiles para el análisis y la investigación.

Instrumentos

1. Historia clínica estomatológica en pacientes críticos: Este instrumento validado y confiabilidad según técnica señalada en anexo nos permitirá la recolección de datos significativos tales como estancia del tubo endotraqueal y tipos de lesiones traumáticas orales post colocación de dicho tubo endotraqueal.

2. Protocolo de elaboración, colocación y monitoreo del dispositivo intraoral:
Este es el medio práctico de señalar del cómo está elaborado el dispositivo intraoral ya que en definitiva es la extrapolación de aparatología odontológica a los pacientes de cuidados intensivos para el manejo de las vías aéreas.
3. Ficha de evaluación clínica estomatológica: Bajo esta técnica se registrará datos de evolución clínica de cuán significativo e eficaz es el dispositivo intraoral en la rehabilitación de las lesiones traumáticas orales ya que están señaladas minuciosamente cada variable de estudio.

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

Para asegurar la confiabilidad de nuestros instrumentos, realizamos una prueba piloto con al menos 10 unidades de análisis. Posteriormente, aplicamos la prueba de índice de consistencia interna alfa de Cronbach, y obtuvimos un valor de 0.83, lo que indica que nuestros instrumentos son altamente fiables.

Para evaluar la validez de nuestro instrumento, sometimos a juicio de expertos y realizamos la validez de contenido. Estos procesos nos proporcionaron la pertinencia y relevancia necesarias de nuestros instrumentos de investigación.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el presente trabajo de investigación se inició con recolección de datos, tabulación de la misma y para el proceso se seleccionó el SPSS 14 y para el análisis estadístico se considera en el tratamiento estadístico posterior al análisis de estos datos de manera descriptiva inferencial se presentará los resultados en cuadros y figuras estadísticas.

3.9. Tratamiento estadístico

Para el presente estudio se sometió a una prueba de hipótesis utilizando la estadística inferencial por lo que la prueba que se sometió fue una prueba

paramétrica de Z para diferencia de proporciones ya que se considera los tres requisitos básicos que nuestra variable es de tipo cualitativo y cuantitativo, así mismo se busca relación diferencia proporcional entre dos poblaciones muestrales.

3.10. Orientación ética, filosófica y epistémica

En nuestro trabajo de investigación, hemos tenido en cuenta los principios éticos fundamentales que son la maleficencia, la justicia, la autonomía y la beneficencia. Asegurándonos que nuestras acciones y decisiones estén alineadas con estos valores éticos, garantizando así el respeto y el bienestar de todas las personas involucradas en nuestro estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

El presente trabajo de investigación se realizó en el servicio de SOP del Hospital II Pasco - ESSALUD que se encuentra ubicado en el Barrio Buenos Aires s/n distrito de Simón Bolívar, provincia Pasco, departamento de Pasco.

EL Hospital EsSalud – Pasco cuenta con un servicio de SOP que cuenta con todo el equipamiento para atención de pacientes críticos así mismo cuenta con recursos humanos como médicos anestesiólogos, médicos intensivistas, médicos cirujanos, enfermeras capacitadas, personal técnico y auxiliar.

Una vez que se implementó el estudio, en primera instancia, se gestionó el permiso y la autorización respectiva a jefatura del hospital para llevar a cabo su desarrollo. Una vez que se obtuvo la aprobación, se procedió a ejecutar la investigación según lo planificado.

Después de obtener la autorización, se procedió a coordinar las acciones con los profesionales de enfermería y los pacientes involucrados en el estudio. Esta coordinación fue esencial para garantizar la correcta ejecución de las

actividades planificadas y para asegurar la colaboración y participación de todos los implicados en el proceso de investigación.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

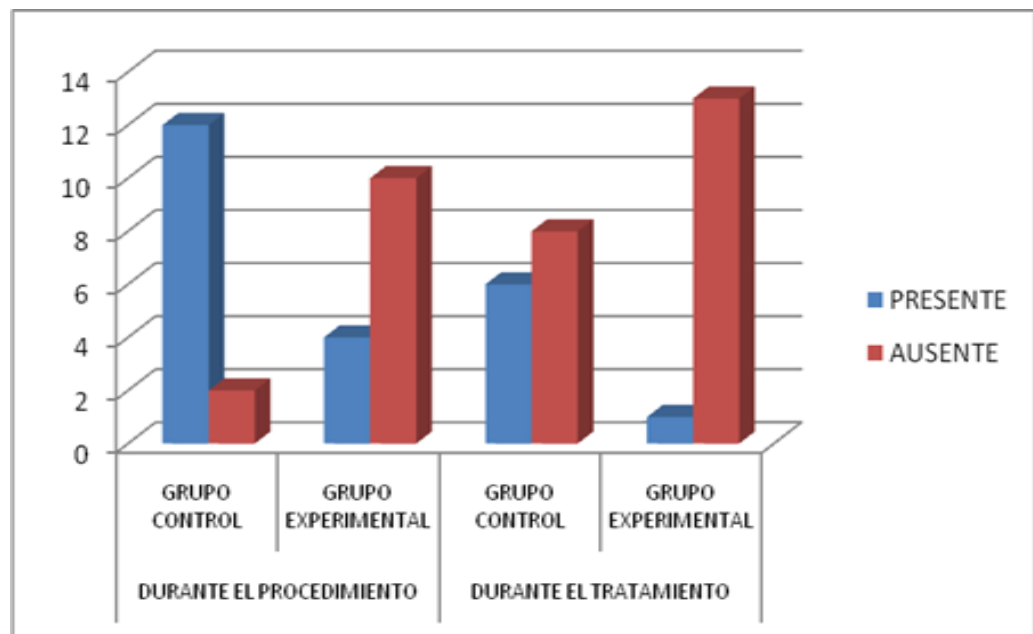
Cuadro 1. Lesiones mucocutáneas orales y periorales evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de SOP Hospital II EsSalud Pasco – 2020.

LESIONES MUCOCUTANEAS	DURANTE EL PROCEDIMIENTO				DURANTE EL TRATAMIENTO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	N'	%	N	%	N	%	N	%
PRESENTE	12	85.71	04	28.57	06	42.86	01	7.14
AUSENTE	02	14.29	10	71.43	08	57.14	13	92.86
TOTAL	14	100	14	100	14	100	14	100
Sig. bil.*	0,0001				0,001			

Fuente: Ficha de evaluación clínica estomatológica

* Estadístico de Prueba: Z para diferencia de proporciones

Gráfico 1. Lesiones mucocutáneas orales y periorales evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de SOP Hospital II EsSalud Pasco – 2020.



Fuente: CUADRO 01

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico de triple entrada nos presenta el resumen de los datos encontrados en relación a la medición de las variables durante el procedimiento y durante el tratamiento de la intubación endotraqueal con las lesiones mucocutáneas en pacientes quienes conformaron la muestra en estudio de donde podemos decir lo siguiente:

Se puede observar que con respecto a la intubación endotraqueal durante dicho tratamiento podemos deducir que de los 14 (100%) pacientes evaluados del grupo control, de los cuales la mayoría conformado por 12 (85.71%) pacientes evaluados presentaron lesiones mucocutáneas, seguido de 2 (14.29%) pacientes del grupo control que no presentaron lesiones mucocutáneas.

Seguidamente podemos observar que de los 14 (100%) pacientes evaluados del grupo experimental durante el procedimiento de la intubación endotraqueal podemos decir que la mayoría conformado por 10 (71.43%) pacientes evaluados no presentaron lesiones mucocutáneas, seguido de solo 4 (28.57%) pacientes evaluados del grupo experimental que presentaron lesiones cutáneas durante el procedimiento de la intubación endotraqueal.

A continuación, podemos observar que durante el tratamiento de la intubación endotraqueal, podemos decir que de los 14 (100%) pacientes, la mayoría conformado por 8 (57.14%) pacientes evaluados del grupo control no presentaron lesiones mucocutáneas, seguido de 6 (42.86%) pacientes del grupo control que presentaron lesiones mucocutáneas.

Finalmente podemos observar que de los 14 (100%) pacientes evaluados del grupo experimental, durante el tratamiento, la mayoría conformado por 13 (92.86%) pacientes evaluados que no presentaron lesiones

mucocutáneas, mientras que solamente 1 (7.14%) paciente evaluado durante el tratamiento, el grupo experimental presentaron lesiones mucocutáneas.

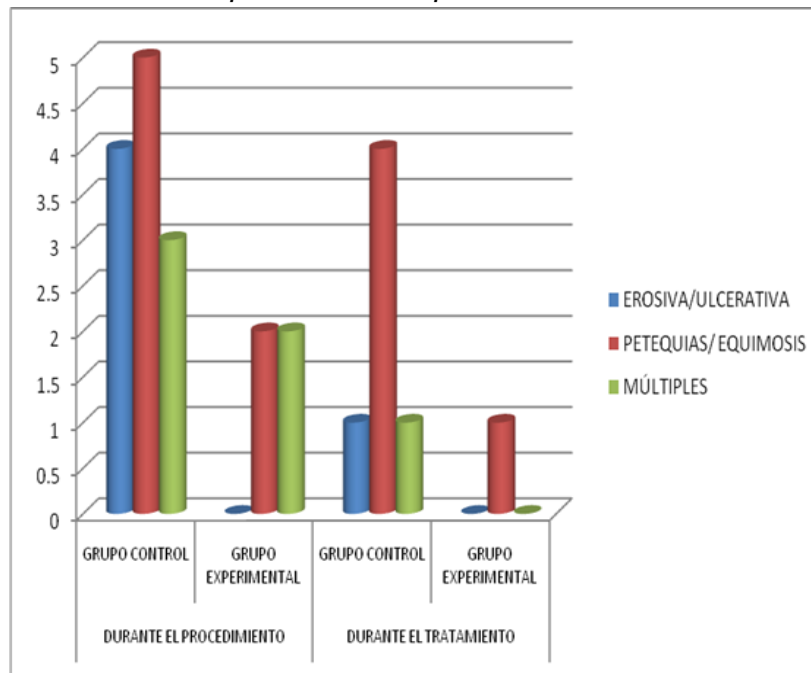
De todo lo dicho podemos concluir con respecto a la intubación endotraqueal durante dicho procedimiento en el grupo control, de los 14 (100%) pacientes evaluados, 12 (85.71%) pacientes presentaron lesiones cutáneas, mientras que en el grupo experimental 4 (28.57%) pacientes presentaron lesiones mucocutáneas, y en cuanto a durante el tratamiento de la intubación endotraqueal, de los 14 (100%) pacientes evaluados, el grupo control 6 (42.86%) pacientes presentaron lesiones mucocutáneas, mientras que en el grupo experimental solo 1 (7.14%) paciente presentó lesiones mucocutáneas durante el tratamiento.

Cuadro 2. Tipo de lesiones mucocutáneas orales y periorales evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Salas de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.

TIPO DE LESIÓN MUCOCUTANEAS	DURANTE EL PROCEDIMIENTO				DURANTE EL TRATAMIENTO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMEN TAL		GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMEN TAL	
	N'	%	N	%	N	%	N	%
EROSIVA/ULCER ATIVA	04	28.57	00	00	01	7.14	00	00
PETEQUIAS/ EQUIMOSIS	05	35.71	02	14.29	04	28.57	01	7.14
MÚLTIPLES	03	21.43	02	14.29	01	7.14	00	00
TOTAL	12	85.71	04	28.57	06	42.86	01	7.14

Fuente: Ficha de evaluación clínica estomatológica

Gráfico 2. Tipo de lesiones mucocutáneas orales y periorales evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.



Fuente: CUADRO 02

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico de triple entrada nos presenta el resumen de los datos encontrados en relación a la medición de las variables durante el procedimiento y el tratamiento de la intubación endotraqueal con el tipo de lesión mucocutáneas en pacientes quienes conformaron la muestra en estudio de donde podemos decir lo siguiente:

Se puede observar que, durante el procedimiento, con respecto al grupo control, de los 12 (85.71%) pacientes evaluados que presentaron lesiones mucocutáneas, de los cuales la mayoría conformado por 5 (35.71%) pacientes evaluados presentaron lesiones como petequias y equimosis, seguido de 4 (28.57%) pacientes evaluados del grupo control presentaron lesiones erosivas y ulcerativas, mientras que solamente 3 (21.43%) pacientes evaluados presentaron múltiples lesiones.

Seguidamente podemos observar que, con respecto al grupo experimental, durante el procedimiento de la intubación endotraqueal, de los 4 (28.57%) pacientes evaluados, de los cuales 2 (14.29%) pacientes evaluados presentaron lesiones mucocutáneas como petequias equimosis y múltiples lesiones, análogamente.

A continuación, podemos observar que, durante el tratamiento de la intubación endotraqueal, con respecto al grupo control, de los 6 (42.86%) pacientes evaluados que presentaron lesiones mucocutáneas, de los cuales la mayoría conformado por 4 (28.57%) pacientes evaluados presentaron petequias, equimosis, mientras que 1 (7.14%) pacientes presentaron lesión erosiva, ulcerativa y múltiples lesiones análogamente.

Finalmente podemos observar que con respecto al grupo experimental solamente 1 (7.14%) paciente evaluado que presento lesión mucocutánea, presento petequias y equimosis durante el tratamiento de la intubación endotraqueal.

De todo lo dicho podemos concluir que de los con respecto a la lesión mucocutáneas, durante el procedimiento de la intubación endotraqueal, de los 12 (85.71%) pacientes evaluados que presentaron lesión mucocutáneas, 5 (35.71%) pacientes correspondientes al grupo control presentaron petequias y equimosis, mientras que en el grupo experimental de los 4 (28.57%) pacientes, 2 (14.29%) pacientes presentaron petequias, equimosis y múltiples lesiones, mientras que durante el tratamiento, con respecto al grupo control de los 6 (42.86%) pacientes, de los cuales 4 (28.57%) pacientes presentaron lesiones como petequias y equimosis, mientras que con respecto al grupo experimental, solamente 1 (7.14%) paciente presento lesión como petequias y equimosis.

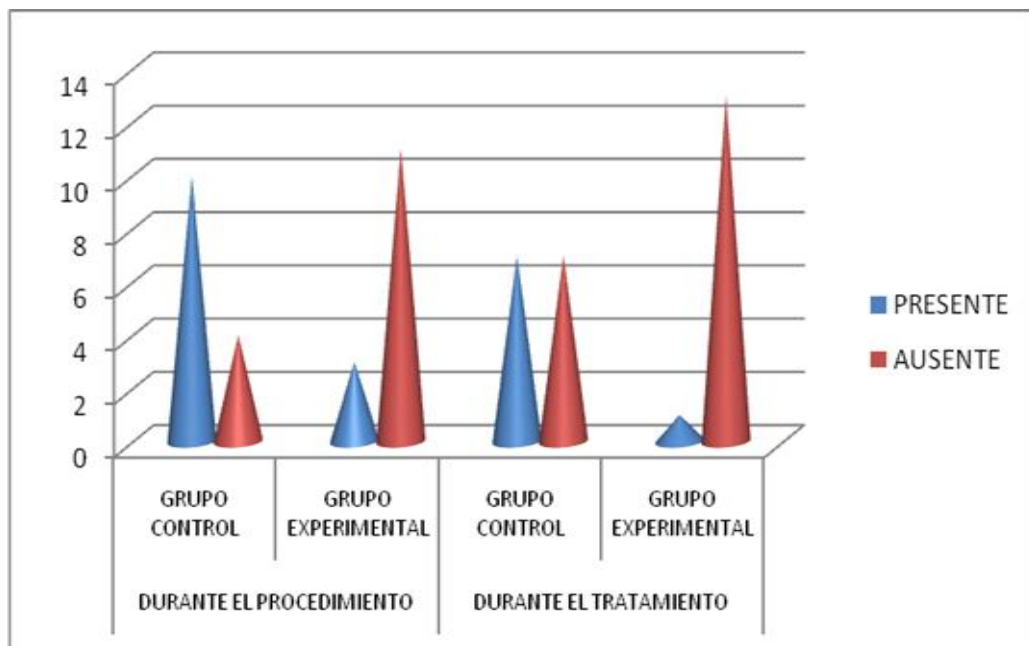
Cuadro 3. Presencia de lesiones dentarias evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.

LESIONES DENTARIAS Y ESTRUCTURA DE SOPORTE	DURANTE EL PROCEDIMIENTO				DURANTE EL TRATAMIENTO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	N'	%	N	%	N	%	N	%
	PRESENTE	10	71.4	03	21.43	07	50	01
AUSENTE	04	28.5	11	78.57	07	50	13	92.86
TOTAL	14	100	14	100	14	100	14	100
Sig. bil.*	0,000000				0,00001			

Fuente: Ficha de evaluación clínica estomatológica

*Estadístico de prueba: Z para diferencia de proporciones

Gráfico 3. Presencia de lesiones dentarias evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.



Fuente: CUADRO 03

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico de triple entrada nos presenta el resumen de los datos encontrados en relación a la medición de las variables lesiones dentarias y estructura de soporte durante el procedimiento y el tratamiento de la intubación endotraqueal en los pacientes evaluados quienes conformaron la muestra en estudio de donde podemos decir lo siguiente:

Se puede observar que, durante el procedimiento de la intubación endotraqueal, con respecto al grupo control, de los 14 (100%) pacientes evaluados, de los cuales la mayoría conformado por 10 (71.43%) pacientes evaluados presentaron lesiones dentarias y estructura de soporte, mientras que 4 (28.57%) pacientes evaluados del grupo control no presentaron lesiones dentarias ni tampoco estructura de soporte.

Seguidamente podemos observar que con respecto al grupo experimental que, durante el procedimiento de la intubación endotraqueal, de los 14 (100%) pacientes evaluados, de los cuales la mayoría conformado por 11 (78.57%) pacientes evaluados no presentaron lesiones dentarias ni tampoco estructura de soporte, mientras que solamente 3 (21.43%) pacientes evaluados del grupo experimental durante el procedimiento de la intubación endotraqueal, presentaron lesiones dentarias y estructura de soporte.

A continuación, podemos observar que, durante el tratamiento de la intubación endotraqueal, de los 14 (100%) pacientes evaluados en el grupo control, de los cuales 7 (50%) pacientes evaluados presentaron y no presentaron lesiones dentarias y estructura de soporte análogamente.

Finalmente podemos observar que, con respecto al grupo experimental, durante el tratamiento de la intubación endotraqueal, de los 14 (100%) pacientes evaluados, de los cuales la mayoría conformado por 13 (92.86%) pacientes evaluados no presentaron lesiones dentarias y estructura de soporte, mientras

que solamente 1 (7.14%) paciente del grupo experimental, presentó lesiones dentarias y estructura de soporte.

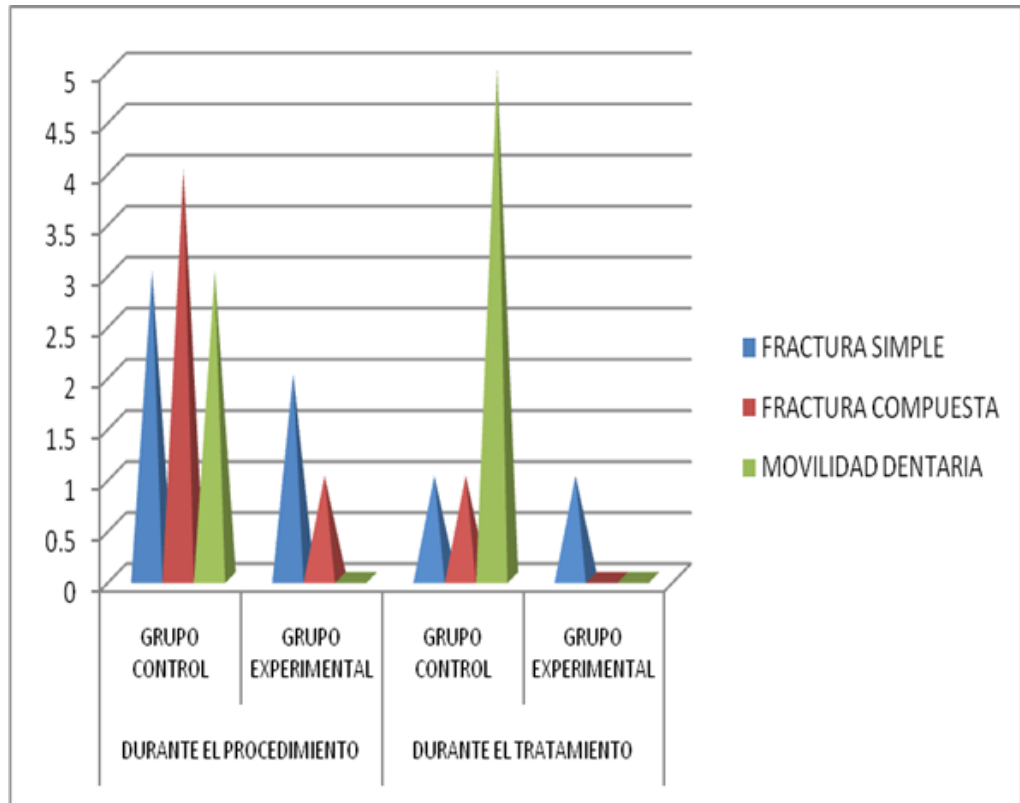
De todo lo dicho podemos concluir que durante el procedimiento, el grupo control de los 14 (100%) pacientes evaluados, la mayoría conformado por 10 (71.43%) pacientes presentaron lesiones dentarias y estructura de soporte, mientras que en el grupo experimental de los 14 (100%) pacientes, 11 (78.57%) pacientes no presentaron lesiones dentarias ni estructuras de soporte, mientras que durante el tratamiento, en el grupo control de los 14 (100%) pacientes, 7 (50%) pacientes presentaron lesiones dentarias y estructura de soporte, y en el grupo experimental, de los 14 (100%) pacientes, 13 (92.86%) pacientes evaluados no presentaron lesiones dentarias y estructura de soporte.

Cuadro 4. Tipo de lesiones dentarias evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.

TIPO DE LESIÓN DENTARIA	DURANTE EL PROCEDIMIENTO				DURANTE EL TRATAMIENTO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	N'	%	N	%	N	%	N	%
FRACT. SIMPLE	03	21.43	02	14.29	01	7.14	01	7.14
FRACT. COMPUESTA	04	28.57	01	7.14	01	7.14	00	00
MOVILIDAD DENTARIA	03	21.43	00	00	05	35.71	00	00
TOTAL	10	71.43	03	21.43	07	50	01	7.14

Fuente: Ficha de evaluación clínica estomatológica.

Gráfico 4. Tipo de lesiones dentarias evidenciadas durante el procedimiento de intubación endotraqueal con placas de estabilización oclusal y tratamiento de recuperación según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.



Fuente: CUADRO 04

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico de triple entrada nos presenta el resumen de los datos encontrados en relación a la medición de las variables tipo de lesión dentaria durante el procedimiento y tratamiento de la intubación endotraqueal en los pacientes quienes conformaron la muestra en estudio de donde podemos decir lo siguiente:

Se puede observar que, durante el procedimiento de la intubación endotraqueal, en el grupo control, de los 10 (71.43%) pacientes evaluados, de los cuales 4 (28.57%) pacientes evaluados presentaron fractura compuesta, mientras que 3 (21.43%) pacientes evaluados del grupo control, presentaron fractura simple y movilidad dentaria análogamente.

Seguidamente podemos observar que, con respecto al grupo experimental, de los 3 (21.43%) pacientes evaluados durante el procedimiento de la intubación endotraqueal, de los cuales la mayoría conformado por 2 (14.29%) pacientes evaluados presentaron fractura simple, mientras que 1 (7.14%) paciente del grupo experimental durante el procedimiento de la intubación endotraqueal, presento fractura compuesta.

A continuación, podemos observar que durante el tratamiento de la intubación endotraqueal con respecto al grupo control de los 7 (50%) pacientes evaluados de los cuales 5 (35.71%) pacientes evaluados presentaron lesión dentaria como movilidad dentaria, mientras que solamente 1 (7.14%) pacientes evaluados presentaron fractura simple y compuesta análogamente.

Finalmente podemos observar que, con respecto al grupo experimental, durante el tratamiento de la intubación endotraqueal, 1 (7.14%) paciente presento lesión dentaria en este caso la fractura simple.

De todo lo dicho podemos concluir que durante el procedimiento de la intubación endotraqueal, en el grupo control, de los 10 (71.43%) pacientes, de los cuales 4 (28.57%) pacientes presentaron fractura compuesta, mientras que en el grupo experimental 2 (14.29%) pacientes presentaron fractura simple, mientras que durante el tratamiento de la intubación endotraqueal, el grupo control, de los 7 (50%) pacientes, de los cuales 5 (35.71%) pacientes presentaron movilidad dentaria, y con respecto al grupo experimental, 1 (7.14%) paciente presento fractura simple.

Cuadro 5. Evidencia clínica de mucositis angular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.

MUCOSITIS ANGULAR	GRUPO DE ESTUDIO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	N'	%	N	%
AUSENTE	03	21.43	10	71.43
LEVE	05	35.71	04	28.57
MODERADO	04	28.57	00	00
SEVERO	02	14.29	00	00
TOTAL	14	100	14	100

Fuente: Ficha de evaluación clínica estomatológica

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

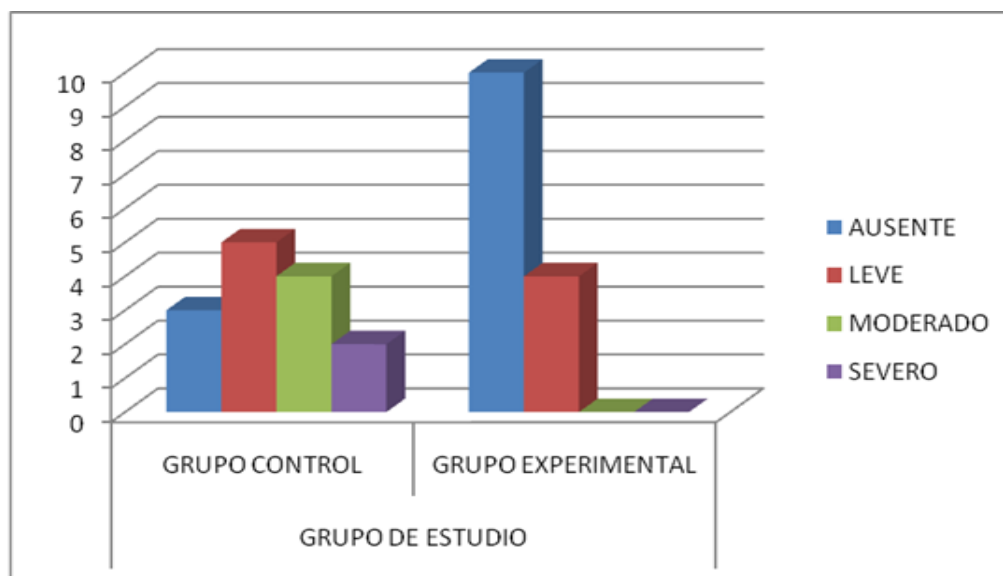
$$z_c = 3.06548 > z_\alpha (\alpha = 0.05) = 1,96$$

Decisión estadística:

Ho : Se rechaza

H1 : se acepta

Gráfico 5. Evidencia clínica de mucositis angular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.



Fuente: CUADRO N° 05

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico de doble entrada nos presenta el resumen de los datos encontrados en relación a la medición de las variables mucositis angular con el grupo de estudio después del retiro de la intubación endotraqueal en los pacientes quienes conformaron la muestra en estudio de donde podemos decir lo siguiente:

Se puede observar que de los 14 (100%) pacientes evaluados, del grupo control, de los cuales la mayoría conformado por 5 (35.71%) pacientes evaluados presentaron mucositis angular leve después del retiro de la intubación endotraqueal, mientras que 4 (28.57%) pacientes evaluados presentaron mucositis angular moderado después del retiro de la intubación endotraqueal, seguido de 3 (21.43%) pacientes evaluados del grupo control que no presentaron mucositis angular, y solamente 2 (14.29%) pacientes evaluados del grupo control presentaron mucositis angular severo después del retiro de la intubación endotraqueal.

Finalmente podemos observar que, con respecto al grupo experimental, de los 14 (100%) pacientes evaluados después del retiro de la intubación endotraqueal, de los cuales 10 (71.43%) pacientes evaluados no presentaron mucositis angular, mientras que solamente 4 (28.57%) pacientes evaluados del grupo experimental después del retiro de la intubación endotraqueal, presentaron mucositis leve.

De todo lo dicho podemos concluir que con respecto al grupo control de los 14 (100%) pacientes evaluados, la mayoría conformado por 5 (35.43%) pacientes presentaron mucositis angular después del retiro de la intubación endotraqueal, y con respecto al grupo experimental de los 14 (100%) pacientes evaluados, de los cuales la mayoría conformado por 10 (71.43%) pacientes

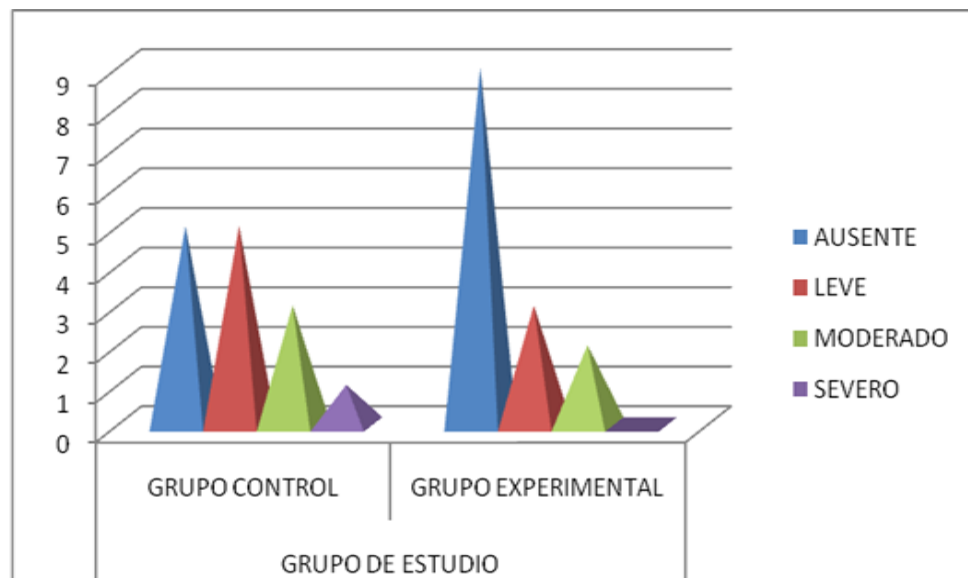
evaluados no presentaron mucositis angular después de la intubación endotraqueal.

Cuadro 6. Evidencia clínica de disfunción articular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.

DISFUNCIÓN ARTICULAR	GRUPO DE ESTUDIO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	N'	%	N	%
AUSENTE	05	35.71	10	71,42
LEVE	05	35.71	02	14,29
MODERADO	03	21.43	02	14.29
SEVERO	01	7.14	00	00
TOTAL	14	100	14	100

Fuente: Ficha de evaluación clínica estomatológica

Gráfico 6. Evidencia clínica de disfunción articular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.



Fuente: CUADRO N°06

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Estadístico de prueba: Z para diferencia de proporciones

$$z_c = 2.0288 > z_t (\alpha = 0.05) = 1,96$$

Decisión estadística:

Ho: Se rechaza

H1: se acepta

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico de doble entrada nos presenta el resumen de los datos encontrados en relación a la medición de las variables disfunción articular con el grupo de estudio después del retiro de la intubación endotraqueal en los pacientes quienes conformaron la muestra en estudio de donde podemos decir lo siguiente:

Se puede observar que con respecto al grupo control de los 14 (100%) pacientes evaluados después del retiro de la intubación endotraqueal, de los cuales la mayoría conformado por 5 (35.71%) pacientes evaluados presentaron disfunción articular leve después del retiro de la intubación endotraqueal seguido de 3 (21.43%) pacientes evaluados presentaron disfunción articular moderado, y solamente 1 (7.14%) paciente presento disfunción articular severo después del retiro de la intubación endotraqueal.

Finalmente podemos observar que con respecto al grupo experimental de los 14 (100%) pacientes evaluados después del retiro de la intubación endotraqueal, de los cuales la mayoría conformado por 10 (71,42%) pacientes evaluados no presentaron disfunción articular después del retiro de la intubación endotraqueal, seguido de 2 (14,29%) pacientes evaluados que presentaron disfunción articular leve después del retiro de la intubación endotraqueal, análogamente 2 (14.29%) pacientes evaluados presentaron disfunción articular severo, después del retiro de la intubación endotraqueal.

De todo lo dicho podemos concluir que con respecto al grupo control de los 14 (100%) pacientes evaluados, de los cuales la mayoría conformado por 5 (35.71%) pacientes evaluados presentaron disfunción articular leve después del retiro de la intubación endotraqueal, mientras que, con respecto al grupo experimental, de los 14 (100%) pacientes, de los cuales 9 (64.29%) pacientes evaluados no presentaron disfunción articular después del retiro de la intubación endotraqueal.

Cuadro 7. Evidencia clínica de disfunción muscular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.

DISFUNCIÓN MUSCULAR	GRUPO DE ESTUDIO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	N'	%	N	%
AUSENTE	04	28.57	09	64,28
LEVE	06	42.86	03	21.43
MODERADO	02	14.29	02	14.29
SEVERO	02	14.29	00	00
TOTAL	14	100	14	100

Fuente: Ficha de evaluación clínica estomatológica

ANALISIS ESTADISTICO

Estadístico de prueba: Z para diferencia de proporciones

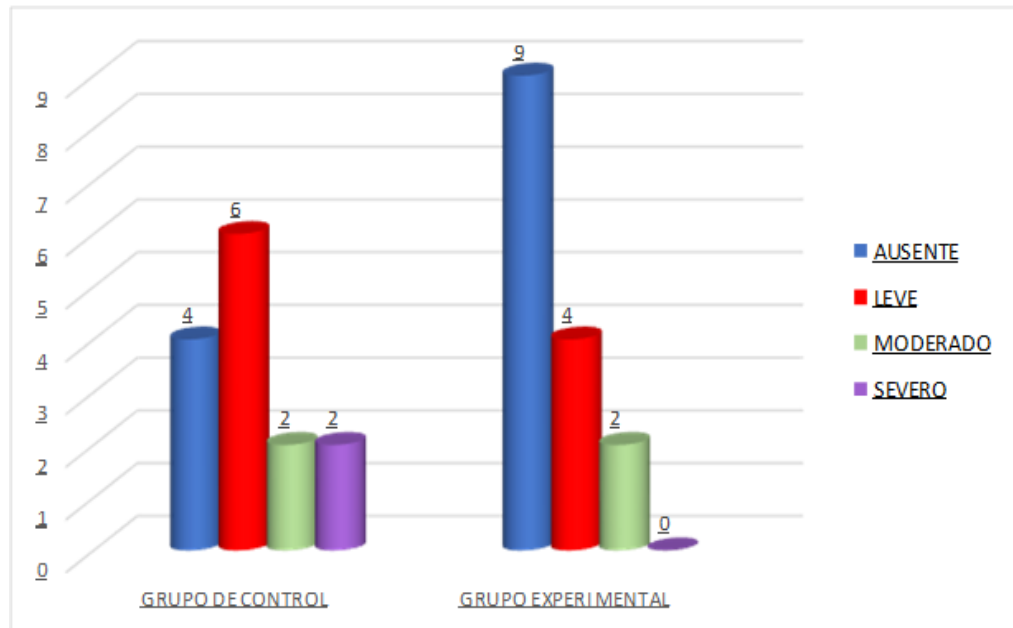
$$z_c = 2.02893 > z_\alpha (\alpha = 0.05) = 1,96$$

Decisión estadística:

Ho: Se rechaza

H1: se acepta

Gráfico 7. Evidencia clínica de disfunción muscular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio del servicio de Sala de Operaciones Hospital II EsSalud Pasco – 2020.



Fuente: CUADRO N°07

Análisis e interpretación

El presente cuadro estadístico de doble entrada nos presenta el resumen de los datos encontrados en relación a la medición de las variables disfunción muscular con el grupo de estudio en los pacientes quienes conformaron la muestra en estudio de donde podemos decir lo siguiente:

Se puede observar que con respecto al grupo control, de los 14 (100%) pacientes evaluados, de los cuales la mayoría conformado por 6 (42.86%) pacientes evaluados después del retiro de la intubación endotraqueal, presentaron disfunción muscular leve, mientras que 4 (28.57%) pacientes evaluados del grupo control, no presentaron disfunción muscular después del retiro de la intubación endotraqueal, y solamente 2 (14.29%) pacientes evaluados presentaron disfunción muscular moderado y severo análogamente, después del retiro de la intubación endotraqueal,.

Finalmente podemos observar que de los 14 (100%) pacientes evaluados del grupo experimental, de los cuales la mayoría conformado por 9 (64,28%) pacientes evaluados no presentaron disfunción muscular después del retiro de la intubación endotraqueal, seguido de 3 (21.43%) pacientes del grupo experimental, que presentaron disfunción muscular leve, y solamente 2 (14.29%) pacientes evaluados, presentaron disfunción muscular moderado después del retiro de la intubación endotraqueal.

De todo lo dicho podemos concluir que con respecto al grupo control de los 14 (100%) pacientes evaluados, de los cuales la mayoría conformado por 6 (42.86%) pacientes presentaron disfunción muscular después del retiro de la intubación endotraqueal mientras que con respecto al grupo experimental de los 14 (100%) pacientes evaluados, de los cuales la mayoría conformado por 8 (57.14%) pacientes evaluados no presentaron disfunción muscular después del retiro de la intubación endotraqueal.

4.3. Prueba de hipótesis

Contrastación de hipótesis Específica cuadro número 07

a. Formulación de la Hipótesis Estadística:

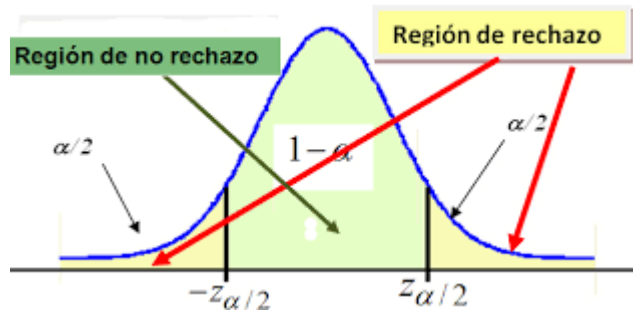
Ho = No existe asociación entre las variables disfunción muscular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio.

Ha = Si existe asociación entre las variables disfunción muscular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio.

b. Nivel de Significancia:

$\alpha = ,05$ es decir 5%

c. Estadístico de Prueba:



d. Valor Estadístico de Prueba:

$$z_c = 2.02893 > z_t (\alpha = 0.05) = 1,96$$

e. Decisión Estadística:

Ho: Se rechaza

H1: se acepta

Si existe asociación entre la muestra poblacional donde las variables disfunción muscular posterior al retiro de tubo endotraqueal y placas de estabilización oclusal según grupo de estudio.

4.4. Discusión de resultados

El presente estudio sobre traumatismo de las piezas dentales y demás tejidos se vio en la evidencia clínica que el servicio de Sala de Operaciones del hospital EsSalud - Pasco; del 100% de los pacientes 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 post 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 post intubación endotraqueal y

otras lesiones del tejido blando peri bucal (Of. Epidemiología EsSalud Pasco 2009.)

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 (Of. Epidemiología EsSalud Pasco 2009.)

Este estudio tiene elementos básicos de conocimiento académico de la oclusión y armónica dento maxilar como el estudio biomecánica y biofísica. Debido a lo anterior, este trabajo de investigación tiene una relevancia académica, ya que todo paciente en la unidad de cuidados intensivos, se encuentra en un estado de sedo analgesia de 2 a 4, según Ramsay, motivo por el cual no se hace pertinente la evaluación y tratamiento de las lesiones traumáticas orales post intubación o durante la permanencia de éste; motivo por el cual proponemos un nuevo dispositivo intraoral, para mantener en apertura bucal permanente hasta que se rehabilite los tejidos duros y blandos, partiendo del principio científico de evitar las fuerzas oclusivas durante el cierre bucal y que este dispositivo solo relajara los músculos propios de la masticación. Así mismo se establece el manejo adecuado de estas afecciones y la forma de mejorar el pronóstico a largo plazo y disminuir la probabilidad de complicaciones.

Constanza Quintero Buitrago (2008) en lesiones orales en el manejo de la vía aérea. 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. 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.

En contraste con nuestro estudio se puede observar que con respecto al grupo control, de los 14 (100%) pacientes evaluados, de los cuales 6 (42.86%) pacientes evaluados después del retiro de la intubación endotraqueal, presentaron disfunción muscular leve, mientras que 4 (28.57%) pacientes evaluados del grupo control, no presentaron disfunción muscular después del retiro de la intubación endotraqueal, y solamente 2 (14.29%) pacientes evaluados presentaron disfunción muscular moderado y severo análogamente, después del retiro de la intubación endotraqueal.

Finalmente podemos observar que de los 14 (100%) pacientes evaluados del grupo experimental, 9 (64,28%) pacientes evaluados no presentaron disfunción muscular después del retiro de la intubación endotraqueal, seguido de 3 (21.43%) pacientes del grupo experimental, que presentaron disfunción muscular leve, y solamente 2 (14.29%) pacientes evaluados, presentaron disfunción muscular moderado después del retiro de la intubación endotraqueal.

CONCLUSIONES

Primera

El uso de placas de estabilización oclusal es un factor de protección en el desarrollo de lesiones mucocutáneas durante el procedimiento de intubación, así como durante el tratamiento recibido observándose diferencias significativas en la presencia de lesiones del tejido mucoso y dérmico perioral entre los grupos de estudio. Prevalciendo las lesiones tipo petequias y equimóticas propios del traumatismo durante el procediendo de intubación ($p < 0,001$).

Segunda

El 71.43% de los pacientes del grupo control presentaron lesiones dentarias durante el procedimiento clínico, destacando la fractura simple y compuesta; mientras que en el grupo experimental se observó en el 21,43% de los casos. Así mismo el 50% de las unidades de análisis mostraron lesión dentaria durante el proceso de tratamiento, siendo la movilidad dentaria el más prevalente; observando solo en el 7,14% del grupo experimental. Observando diferencias estadísticas entre los grupos de estudio.

Tercera

Los pacientes con utilización de placas de estabilización oclusal mostraron una menor incidencia de lesiones inflamatorias en el ángulo bucal (mucositis angular) observándose en 78,57% del grupo control, estando en mayor proporción los de una severidad leve con un 35,71%. Mientras que el grupo experimental se observó en el 28,57% todo son una severidad leve, ($p < 0,0001$)

Cuarto

Se encontraron evidencia suficiente para determinar que existieron diferencias significativas entre los grupo control y experimental con respecto a la disfunción articular posterior al retiro de la intubación y placas de estabilización oclusal, observándose en el 64, 29% de los integrantes del grupo control, la mayoría de ellos con una severidad

leve; en contraste, en el grupo experimental se observó en el 28,58 de los integrantes siendo en su mayoría una disfunción con una severidad leve ($p < 0,001$)

Quinto

De los 14 (100%) pacientes del grupo control una significativa proporción de 71,43% mostraron disfunción muscular después del retiro de la intubación endotraqueal, conformados en su mayoría con casos de severidad leve; mientras que con respecto al grupo experimental una significativa proporción de 64,28% no presentaron esta entidad clínica patológica. Gracias al análisis de todos estos datos se puede determinar la eficiencia clínica del dispositivo intraoral en el control de lesiones traumáticas y en la recuperación del paciente bajo intubación endotraqueal ($p < 0,001$).

RECOMENDACIONES

A LAS INSTITUCIONES DE SALUD PUBLICA Y PRIVADA

1. Asumir los resultados del presente estudio e implementar dentro de los servicios de SOP y atención intensiva procedimientos de intubación endotraqueal con la ayuda de dispositivo intraoral.
2. Planificar, organizar e implementar talleres de ejecución de intubación endotraqueal con la incorporación de placas de estabilización oclusal, sensibilizando a los profesionales integrantes del curso en las ventajas clínicas que ofrece para los pacientes

A LOS PROFESIONALES DE SOP Y ATENCIÓN INTENSIVA

1. Incursionar en el manejo de casos críticos de soporte ventilatorio a través de la intubación endotraqueal con la incorporación de dispositivo intraoral, ya que su manejo es muy simplificado mejorando la razón riesgo/beneficio para el paciente
2. Sensibilizar a los familiares de los pacientes bajo tratamiento con intubación endotraqueal para el uso de placas de estabilización oclusal, ya que las ventajas clínicas que demuestra no solo se limitan al procedimiento de la intubación si no también al proceso de recuperación posterior a esta

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Batista Marrero, Y. &. (2016). Placa de acrílico con ansa vestibular para prevenir la úlcera oral traumática en paciente con retraso mental. *Correo Científico Médico*. Obtenido de <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2047/852>
2. Castañeda Deroncelé, M. &. (2016). Uso de férulas oclusales en pacientes con trastornos temporomandibulares. *MEDISAN*, 530 - 543. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400014
3. Cebolla, D. B. (2015). *Lesiones laringeas postintubacion endotraqueal*. Tesis de doctorado, Universidad Autonoma de Barcelona, Departamento de Medicina, Barcelona, España. Obtenido de https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_377770/mdbc1de1.pdf
4. Escalante Montoya, J. C. (2017). Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con infección intrahospitalaria por bacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(1), 01-06. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203128542008.pdf>
5. GALLARDO, M. G. (2010). *Alternativas de tratamiento en las fracturas mandibulares*. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Departamento de Estomatología, Servicio de Estomatología Quirúrgica. Tesis de especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos , Facultad de Odontología. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/15092/Portocarre-ro_gm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Hernandez Sampieri , R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metología de la Investigación*. Mexico D.F: MC GRAW HILL.
7. *Infinita Industrial Consulting*. (12 de noviembre de 2021). Obtenido de Análisis microbiológicos: ¿Para qué sirven?:

<https://www.infinitiaresearch.com/noticias/analisis-microbiologicos-para-que-sirven/>

8. Maguiña Vargas, C. (2016). Infecciones nosocomiales. *Acta Médica Peruana*, 33(3), 175-177. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300001
9. Méndez Ramirez, I., Namihira Guerrero, D., Moreno Altamirano, L., & Sosa de Martinez, C. (2014). *EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN. Lineamientos para su elaboración y análisis*. TRILLAS S. A. de C.V.
10. Acevedo JP, Cooper HM, Tirreau VT, Núñez F. Descripción del traumatismo dentoalveoMallqui-Herrada LL, Hernández-Añaños JF. 48 Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(1) lar en pacientes adultos. RDC. 2006; 97 (1): 8-13.
11. Morón Araújo, M. (2022). Lesiones orales por intubación en el manejo de vías aéreas. Prevención y tratamiento. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 268 - 274. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2022/cma224h.pdf>
12. 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.
13. Obando Rodriguez, B., & Ramos Escalante, M. (2017). *Nivel de conocimiento y cuidado enfermero en pacientes con tubo endotraqueal del Hospital Belén de Trujillo 2017*. Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Ciencias de la Salud, Trujillo, Perú. Obtenido de https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3738/1/RE_ENFE_BEATRIZ.OBANDO_MARISELY.RAMOS_CUIDADO.ENFERMERO_DATOS.PDF
14. Bramante CM. Accidentes y complicaciones en el tratamiento endodóntico. Bauru SP, Editorial santos; 2009.
15. Perea B. Conceptos de odontoestomatología traumatología dentaria y prótesis. Madrid: URL disponible en: http://www.cej.justicia.es/pdf/publicaciones/médicos_forenses/MED143.pdf. (Fecha de acceso: marzo del 2008).

16. Ramírez, J., Parra, J., & Adalucy Alvarez, A. (2017). *Análisis de técnicas de recuento de Microorganismos*. Universidad Libre Pereira, Programa de Microbiología. Obtenido de <file:///D:/DESCARGAS/portalderevistas,+1.An%C3%A1lisis+de+recuento.pdf>
17. Reilly, A. d. (2019). *Manual de Cirugía Trauma*. Obtenido de https://aac.org.ar/manual_trauma/archivos/manual_trauma2019.pdf
18. Rodríguez Campo, V., & Paravic Klijn, T. (2011). Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enfermería Global*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400020
19. Saavedra, J. B. (2012). Férulas oclusales. *Revista Estomatológica Herediana*, 242 - 246. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539373009.pdf>
20. Somacarrera Pérez, M. L.-P. (2015). Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Avances en Odontoestomatología*, 129 - 134. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300003
21. Trujillo ML, V. E. (2021). Evaluación de lesiones orales en pacientes intubados y su asociación con el motivo de hospitalización. *Rev ADM*, 251 - 257. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102031>

ANEXOS



ANEXO 1

**TABLA DE VALORACIÓN DE CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN SEGÚN
 EXPERTOS DE JUECES**

Título de la investigación

Placas de estabilización oclusal en la prevención de las lesiones traumáticas - orales
 en pacientes con tubo endotraqueal en servicio de salas de operaciones del Hospital II
 EsSalud Pasco, enero del 2020

Variable (ítems)	Respuestas positiva (1 punto)	Respuestas negativas (0 puntos)
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación		
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación.		
Las principales variables de a investigación están consideradas en el instrumento		
Los datos complementarios de la investigación son adecuados.		
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación.		
Las formas de aplicación de los instrumentos son optimo		
La estructura de los instrumentos es optimo		
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios		
El orden de las preguntas es adecuado		
El vocabulario es correcto		
El número de preguntas es suficiente o muy amplio		
Las preguntas tiene carácter de excluyente		

Sugerencia.....

.....
Experto

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

Jueces Ítems	1	2	3	4	5	6	7	P
1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	0	1	1	0.035
4	1	0	1	1	1	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	0.004
8	1	1	1	1	1	1	1	0.004
9	1	0	1	1	1	1	1	0.035
10	1	1	1	1	1	1	1	0.004
11	1	1	0	1	1	1	1	0.035
12	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se ha considerado

0 para respuestas negativas

1 para respuestas positivas

$$P = 0.140/12 = 0.0116$$

Si P es menor a 0.05 el grado de concordancia es significativo debiendo realizar algunas modificaciones por lo que el instrumento es válido para los jueces ya que $p = 0.0116$

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

MODEL: AlfaBoot-Analysis

Data: JSI.lsp

Number of resamples: 300

CI-level: 95%

Cronbach's Alpha: .888

Confidence Interval for Alpha: .855,.916

Bootstrap:

ObsAlpha BootAlpha Bias SE

0.8880 0.8868 -0.0012 0.0182

Confidence Intervals:

low-value upper-valu

Percentil 0.8488 0.9183

BCa 0.8449 0.9174

Para que exista una alta confiabilidad se requiere que α Cronbach sea mayor a 0.5 Por lo que nuestro instrumento es confiable por lo que α Cronbach es igual a 0.888.



ANEXO 2

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.....

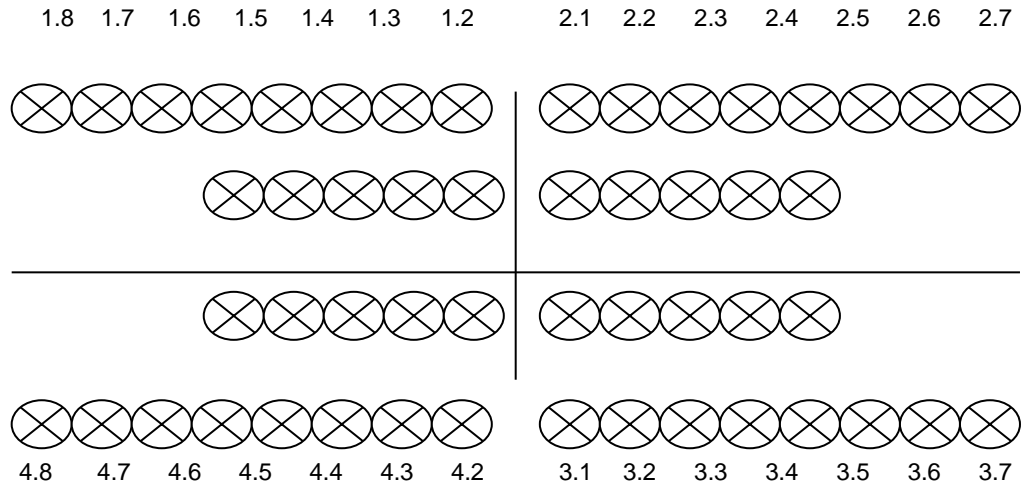
Indicación del por qué se colocó el tubo.....

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



Nª Piezas Presentes: Nº. Piezas fracturadas:.....

Nº Piezas Ausentes: Nº. Piezas en avulsión:

Nº. Piezas Perdidas: Nº. Piezas con movilidad:



ANEXO 3

PROTOCOLO DE ELABORACIÓN, COLOCACIÓN Y MONITOREO DE LA PLACA DE ESTABILIZACION OCLUSAL

1.- INTRODUCCIÓN

El presente protocolo es una extrapolación de biomateriales estomatológicos en los pacientes críticos con lesiones traumáticas en la unidad de cuidados intensivos es por ello que proponemos este biomaterial como alternativas frente a lesiones provocadas por la colocación del tubo endotraqueal

2.- OBJETIVOS

Elaborar, instalar y monitorear el comportamiento del dispositivo intraoral en pacientes críticos que poseen el tubo endotraqueal con lesiones traumáticas de tejidos duros y blandos a nivel estomatológico.

3.- PROTOCOLO DE PREPARACION

- a. Determinar la mordida del paciente, luego de ello, articularla en un articulador tipo bisagra.
- b. Determinar las zonas de contacto oclusal en las piezas 1.5, 1.6, 1,7 con sus antagonistas con el abreboca de goma y alginato.
- c. Tomar una impresión con alginato, al abreboca de goma, dejar que fragua
- d. Reproducir, la impresión con acrílico rosado de curado rápido, para ello se vierte el acrílico en polvo y líquido en proporción de dos a uno, dejar que polimerice el acrílico.
- e. Una vez polimerizado, se extrae de la impresión se pone en los modelos articulados, una vez, realizado, se crea las zonas retentivas, para poder crear los apoyos, que van en las caras vestibulares y palatinas de los dientes.
- f. Seguidamente se prepara acrílico con las proporciones indicadas y cuando se encuentran en la fase plástica, se pone sobre una platina de vidrio, aislada,

posteriormente formamos una lámina, uniforme con otra platina, posteriormente recortamos, de forma rectangular y lo adaptamos en el dispositivo, en las zonas retentivas creadas, y a los dientes, para que sean rígidas y proporcionen estabilidad

h. Posteriormente se deja polimerizar.

i. Una vez polimerizada, se extrae cuidadosamente del modelo pule y se saca brillo con piedra pómez y rush.

4.- COLOCACIÓN DE LA PLACA DE ESTABILIZACION OCLUSAL

- Previa a la evaluación clínica estomatológica posterior a la colocación del tubo endotraqueal en el área de Emergencia o UCI diseñar los reparos anatómicos de las arcadas posteriores con material de impresión.
- Se realiza la higiene oral con el cuidado del tubo y medición de CUFF
- Colocar el dispositivo haciendo fijación con el arnés del tubo endotraqueal
- La colocación será por cada turno de la enfermera y la evaluación y control será cada 6 horas

5.- MONITOREO DE LA PLACA DE STABILIZACION OCLUSAL

- La colocación y cuidados se realizará en cada turno de rotación del personal de enfermería
- Realización de la valoración de la colocación y mantenimiento del dispositivo intraoral será cada 4 horas si este dispositivo produce efecto adverso como laceración de arcadas dentaria tanto del tejido blando y duro.
- El lavado como parte de la higiene será como cualquier material biomédico que se coloca a un paciente crítico por ejemplo los tubos de mayo y otros colocados en pacientes inestables hemodinámicamente.

