



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**DISEÑO DE UN MANUAL DIDÁCTICO PARA EL ABORDAJE DE
PACIENTES CON LUXACIÓN MANDIBULAR BILATERAL QUE ACUDEN
AL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL**

Autores

Ana Hurtado

C.I 22.962.430

Maria T. Rivero

C.I 24.319.914

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394

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



**DISEÑO DE UN MANUAL DIDÁCTICO PARA EL ABORDAJE DE
PACIENTES CON LUXACIÓN MANDIBULAR BILATERAL QUE ACUDEN
AL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO

Autores

Ana Hurtado

C.I 22.962.430

María T. Rivero

C.I 24.319.914

Tutor

Od. Rodrigo Pino


San Diego, Noviembre 2017



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

**DISEÑO DE UN MANUAL DIDÁCTICO PARA EL ABORDAJE DE
PACIENTES CON LUXACIÓN MANDIBULAR BILATERAL QUE
ACUDEN AL ÁREA DE CIRUGÍA**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°	Nombres y apellidos
1. <u>22.962.430</u>	<u>Ana Hurtado</u>
2. <u>24.319.914</u>	<u>Maria T. Rivero</u>
Tutor Propuesto: <u>Od. Rodrigo Pino</u>	Firma 
Cédula de Identidad N° <u>17.399.344</u>	

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma 



19/10/17
Fecha



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

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES.		
Apellidos	Nombres	Cédula De Identidad
Hurtado Rumbos	Ana Cristina	22.962.430
Dirección: San Diego Edo-Carabobo. El poblado, Sector B, Edif 11, Apto 44		Teléfono: 0414-5923844
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: De Odontología	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre: Ana Hurtado	Teléfono: 0414-5923844	
Título Del Trabajo: Diseño de un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral que acuden al área de cirugía bucal.		
Breve Explicación: Ampliar el conocimiento de los estudiantes sobre la luxación mandibular bilateral		
Lugar Donde Se Desarrollará El Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo De Desarrollo: 16 semanas		
Tutor Académico Propuesto: Od. Rodrigo Pino		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y

TRABAJO DE GRADO

Heylun Ollanes		29/10/17
NOMBRE	FIRMA	FECHA
Rodrigo Pino		29/10/17
NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: _____





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

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cédula De Identidad
Rivero Ramos	María Teresa	24.319.914
Dirección: San Diego Edo-Carabobo. El poblado, Sector B, Edif 11, Apto 44		Teléfono: 0424-5577219
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: De Odontología	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	María T. Rivero	Teléfono: 0424-5577219
Título Del Trabajo: Diseño de un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral que acuden al área de cirugía bucal.		
Breve Explicación: Ampliar el conocimiento de los estudiantes sobre la luxación mandibular bilateral		
Lugar Donde Se Desarrollará El Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo De Desarrollo: 16 semanas		
Tutor Académico Propuesto: Od. Rodrigo Pino		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y

TRABAJO DE GRADO

Heylén Olivas
 NOMBRE

FIRMA

29/10/17
 FECHA

Rodrigo Pino
 NOMBRE

FIRMA

24/10/17
 FECHA



DIRECCIÓN DE LA ESCUELA:



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Rodrigo Pino, portador (a) de la Cédula de Identidad N° 17.399.344. En mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(las) ciudadano(as) Ana Hurtado y Maria T. Rivero, portador(as) de la Cédula de Identidad N° 22.962.430 y 24.319.914, titulado DISEÑO DE UN MANUAL DIDÁCTICO PARA EL ABORDAJE DE PACIENTES CON LUXACIÓN MANDIBULAR BILATERAL QUE ACUDEN AL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

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

(Firma autógrafa)

Nombres y apellidos

Rodrigo Pino

N° Cédula de identidad

17.399.344



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

ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "DISEÑO DE UN MANUAL DIDÁCTICO PARA EL ABORDAJE DE PACIENTES CON LUXACIÓN MANDIBULAR BILATERAL QUE ACUDEN AL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL", realizado por María T. Rivero C.I 24.319.914. Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: _____) PUNTOS.

Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Rodrigo Pino
C.I.: 17.399.344

Jurado

Nombre: Heylin Ollarves
C.I.: 13.900.875

Jurado

Nombre: Jesus Pino
C.I.: 7008496

Fecha _____



DEDICATORIA

Primero que nada queremos darle las gracias a Dios por su bendición, por guiarnos y ayudarnos a lograr lo que hoy es un hecho, por habernos dado la sabiduría suficiente para saber llevar los momentos de estrés y angustia que se viven durante la carrera.

A nuestros padres, que han sido pilares fundamentales durante toda la carrera universitaria, para ustedes este logro porque nos han apoyado incondicionalmente desde el principio hasta el final y sin ustedes nada de esto fuera posible.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecerle a nuestros compañeros de estudio con los que compartimos gratos momentos; sobre todo a Mary y Silemay las mejores amigas que nos dio la odontología, con las que hemos contado durante estos 4 años, a nuestra casa de estudio por los mejores 4 años de carrera universitaria, a todos los docentes que hacen vida en la universidad que se encargaron durante todo este tiempo en formar buenos odontólogos y por último a nuestros excelentes profesores Od Ervy Weffer y Od Rodrigo Pino, asesora y tutor de tesis que nos guiaron durante toda la elaboración con mucha paciencia día tras día y han aportado su granito de arena a nuestro crecimiento como futuros odontólogos.

ÍNDICE GENERAL

	PP.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE GENERAL	
LISTA DE CUADROS	
LISTA DE GRÁFICOS	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULOS	
I EL PROBLEMA	03
1.1. Planteamiento del Problema	03
1.2. Formulación del problema	05
1.3. Objetivos de la Investigación	05
1.3.1. Objetivo General	05
1.3.2. Objetivos Específicos	05
1.4. Justificación de la Investigación	06
1.5. Delimitación	06
II MARCO TEÓRICO	07
2.1. Antecedentes de la Investigación	07
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Definición de términos	22
2.4. Operacionalización de la Variables	24
III MARCO METODOLÓGICO	26
3.1. Tipo de Investigación	26
3.2. Diseño de la Investigación	26
3.3. Población y Muestra	27
3.4. Técnica e instrumento de Recolección de Datos	27
3.5. Validez	
IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
V LA PROPUESTA	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	74

LISTA DE TABLAS

N°		Pág.
1	Operacionalización de las variables	24.25
2	¿La luxación mandibular bilateral es originada por un trastorno de los músculos masticatorios?	30
3	¿La luxación mandibular bilateral es la pérdida de la relación entre los componentes de una articulación no auto-reducible?	31
4	¿La luxación mandibular bilateral origina la disminución de la apertura bucal?	32
5	¿La luxación mandibular bilateral origina la apertura excesiva de la boca?	33
6	¿La luxación mandibular bilateral origina protrusión mandibular?	34
7	¿Cree usted que los pacientes con luxación mandibular bilateral presentan dolor y dificultad para comer, deglutir y hablar?	35
8	¿Cree usted que los pacientes con luxación mandibular bilateral presentan sialorrea?	36
9	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral tiene un factor patológico que la desencadena?	37
10	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral puede producirse por una artritis degenerativa?	38
11	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral no tiene un factor patológico que la desencadena?	39
12	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral puede producirse por hiperlaxitud ligamentosa?	40
13	¿Cree usted que los pacientes que toman medicamentos para tratar trastornos emocionales y mentales graves tienen una mayor predisposición a presentar una luxación mandibular bilateral?	41
14	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral es una complicación de las extracciones dentales?	42
15	¿Usted ha atendido a un paciente que haya presentado una emergencia de luxación mandibular bilateral en el área de cirugía?	43
16	¿Conoce usted como debe ser realizado el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral?	44
17	¿Cree usted que la maniobra de Nelaton es la indicada para una luxación mandibular bilateral aguda?	45
18	¿Cree usted que la maniobra de Dupuis es la indicada para una luxación mandibular bilateral aguda?	46
19	¿Cree usted que la maniobra de Dupuis es la indicada para una luxación mandibular bilateral crónica?	47
20	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral aguda requiere una intervención quirúrgica?	48
21	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral aguda cede solamente con fármaco-terapia?	49

LISTA DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1	Luxación mandibular bilateral - trastorno de los músculos masticatorios	30
2	Luxación mandibular bilateral – pérdida de los componentes de una articulación no auto-reducible	31
3	Luxación mandibular bilateral - disminución de la apertura bucal	32
4	Luxación mandibular bilateral - apertura excesiva de la boca	33
5	Luxación mandibular bilateral - protrusión mandibular	34
6	Luxación mandibular bilateral - dolor y dificultad para comer, deglutir y hablar.	35
7	Luxación mandibular bilateral – sialorrea	36
8	Luxación mandibular bilateral -factor patológico	37
9	Luxación mandibular bilateral - artritis degenerativa	38
10	Luxación mandibular bilateral no tiene un factor patológico	39
11	Luxación mandibular bilateral - hiperlaxitud ligamentosa	40
12	Predisposición a una luxación mandibular bilateral	41
13	Luxación mandibular bilateral - extracciones dentales	42
14	Prestación de servicio a paciente con luxación mandibular bilateral	43
15	Abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral	44
16	Maniobra de Nelaton indicada luxación mandibular bilateral aguda	45
17	Maniobra de Dupuis indicada luxación mandibular bilateral aguda	46
18	Maniobra de Dupuis - luxación mandibular bilateral crónica	47
19	Luxación mandibular bilateral aguda - intervención quirúrgica	48
20	Luxación mandibular bilateral aguda – fármaco	49



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

**DISEÑO DE UN MANUAL DIDÁCTICO PARA EL ABORDAJE DE
PACIENTES CON LUXACIÓN MANDIBULAR BILATERAL QUE ACUDEN
AL ÁREA DE CIRUGÍA BUCAL**

Autores

Ana Hurtado 22.962.430

María T. Rivero 24.319.914

Tutor: Od. Rodrigo Pino

Noviembre 2017

RESUMEN INFORMATIVO

El presente trabajo tiene como finalidad diseñar un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral, atendidos por los estudiantes de odontología en el área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez, período Julio-noviembre 2017. Para ello, se realizó una investigación de campo factible, con un diseño de investigación de tipo no experimental transversal, en cuanto a la recolección de datos se realizó a través de la técnica de encuesta en su modalidad escrita (cuestionario), con preguntas desarrolladas de manera cerrada y dicotómicas y una entrevista de preguntas abiertas a un docente experto en la materia. El cuestionario fue aplicado a una muestra de 60 estudiantes de odontología de 6to y 7mo semestre cursantes de la clínica del área de cirugía. Obteniendo como resultado que el (92%) de los encuestados posee deficiencias en cuanto al abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral. En conclusión se obtuvo que existe la necesidad de ampliar los conocimientos de los estudiantes acerca del tema antes mencionado, ya que, dentro de la Institución Universitaria específicamente el área de cirugía se presenta una debilidad en cuanto al tema, puesto que, no se profundiza sobre la afección y como debe ser abordada si se presenta. En base a lo antes expuesto se recomienda a la universidad considerar a la propuesta presentada.

Palabras claves: luxación, bilateral, tratamiento, quirúrgico.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen cientos de referencias que ahondan las diferentes lesiones que los golpes o traumas pueden producir en la articulación temporo-mandibular. Como ejemplo clásico de este desplazamiento, se tienen los accidentes automovilísticos, tales como el choque cuando el vehículo se encuentra detenido; o en los casos en que este se vuelca, y el golpe llega a afectar la zona mandibular, como consecuencia de extracciones dentales en los centros odontológicos, cuando se aplican fuerzas excesivas sin las debidas precauciones o se mantiene por demasiado tiempo la boca abierta, también se presentan casos luego de un gran bostezo, tomando en cuenta que la luxación mandibular significa que la parte inferior de la mandíbula se ha salido de su posición normal en una (unilateral) o en ambas articulaciones (bilateral) donde esta se conecta con el cráneo.

Aunque, no es la causa más común atendida en los centros odontológicos, si suele ocurrir la posibilidad de atender pacientes con dicha afección; lo que hace surgir la necesidad de tener conocimiento tanto teórico como práctico para abordar a estos pacientes de forma que se pueda aplicar el diagnóstico y tratamiento apropiado según la gravedad del caso. Sin embargo se ha evidenciado, cierta debilidad en la Universidad José Antonio Páez, específicamente en el área de cirugía sobre cómo abordar la luxación mandibular bilateral.

Es por ello, que la presente investigación tiene como objetivo general diseñar un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral, atendidos por los estudiantes de odontología en el área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez, período Julio-noviembre 2017, de manera que se oriente de forma adecuada el abordaje de dicha afección para así obtener buenos diagnósticos y estar en la capacidad de efectuar el tratamiento adecuado para tales casos.

La investigación se llevó a cabo mediante el diseño no experimental, de campo, en donde se tomó a estudiantes en su etapa final de preparación académica y que llevan a cabo actividades de práctica en el área de cirugía. La estructura de la

investigación queda expresada en cinco (5) capítulos secuenciales de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: El Problema, en el cual se da a conocer la situación a estudiar en la investigación, mediante el planteamiento y formulación, los objetivos, la justificación; así como la delimitación. **CAPÍTULO II:** Marco Teórico, contiene los antecedentes de la investigación, bases teóricas, definición de términos básicos y definición de las variables de la investigación, dadas en el cuadro de operacionalización.

CAPÍTULO III: Marco Metodológico; se basa en situar en detalle el conjunto de métodos, técnicas e instrumentos que se emplea en el proceso de recolección de los datos y desarrollo de los mismos, la información se obtiene a través de la aplicación de un cuestionario de opinión tipo encuesta, el cual se dirigió a los estudiantes de odontología de 6^{to} y 7^{mo} semestre en el área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez. Se evalúa así mismo; mediante una entrevista a 1 docente la factibilidad que puede tener el manual a proponer tanto Institucional como educativa y económica.

CAPÍTULO IV: Corresponde a la Presentación y Análisis de los Resultados, mediante la tabulación de los resultados y su representación gráfica, acompañada de su respectivo análisis. **CAPÍTULO V:** La Propuesta, viene a ser la sugerencia o idea que se manifiesta y se ofrece para alcanzar el objetivo planteado. Las Conclusiones y Recomendaciones, productos de la investigación para establecer donde está el problema y el estudio de las posibles soluciones existentes. La parte final se conforma por las Referencias Bibliográficas que contribuyeron con la investigación y los Anexos pertinentes al estudio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La odontología es una ciencia médica que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático, formado por un conjunto de órganos y tejidos que se encuentran en la cavidad oral y en parte del cráneo, cara y cuello, esta comprende varias especialidades las cuales son periodoncia, endodoncia, odontopediatría, odontología legal y forense, implantología bucal, prótesis, ortodoncia y ortopedia, odontología restaurativa, odontología preventiva y cirugía.

Según Cosme Gay Escoda (2004), la cirugía bucal es definida por las principales entidades académicas y corporativas norteamericanas (EEUU) como: “Parte de la odontología que trata del diagnóstico y tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes”. (p. 1) El especialista en cirugía bucal está considerado como competente para efectuar todo acto de cirugía dento-alveolar, incluida la implantología, cirugía de los maxilares comprendida la resección y cirugía de los tejidos blandos de la cavidad bucal.

Cabe destacar, que uno de los principales tratamientos realizados por el especialista en cirugía bucal es la exodoncia, la cual es definida según Cosme Gay Escoda (2004) como: “La maniobra cuyo fin es separar la articulación alveolo-dentaria formada por encía, hueso, diente y periodonto desgarrando este último en su totalidad”. (p. 199) La exodoncia ideal es la extirpación total del diente o de la raíz dentaria sin dolor y con el mínimo daño de los tejidos circundantes.

Vinculado al concepto anterior las fuerzas aplicadas en las exodoncias para luxar y extraer el diente del alveolo pueden ocasionar problemas en las articulaciones temporo-mandibulares (ATM). Según J Okeson (2003), se tiene que:

La articulación temporo-mandibular es el área en la que se produce la conexión cráneo mandibular, permitiendo el movimiento de bisagra y puede considerarse una articulación gínglimoide, al mismo tiempo permite movimientos de deslizamiento, lo cual la clasifica como una articulación artrodial considerándose entonces una articulación gínglimoartrodial. (p. 8)

La ATM está formada principalmente por el cóndilo mandibular que se ajusta en la fosa mandibular del hueso temporal, estos dos huesos están separados por un disco articular que evita la articulación directa. Al igual que en cualquier otro sistema articular los ligamentos desempeñan un papel importante en la protección de las estructuras, dichos ligamentos pueden estirarse si se aplica una fuerza de extensión ya sea bruscamente o a lo largo de un período de tiempo prolongado, provocando así una alteración en la función articular.

Con relación a las alteraciones que se pueden presentar en la ATM una de gran importancia es la luxación mandibular bilateral, los pacientes que presentan este tipo de alteración con frecuencia referirán que la mandíbula se le sale, puesto que se produce una pérdida de la relación entre los componentes de una articulación no auto-reducible. Okeson (2003), señala:

Esto ocurre sin que exista ningún trastorno patológico que lo ocasione, lo que sucede es que si la eminencia articular presenta una pendiente posterior corta e inclinada seguida de una pendiente anterior más larga y que con frecuencia es más alta que la cresta se va a presentar dicha alteración. (p. 351)

La luxación puede ser unilateral o bilateral. En algunos casos se presenta de forma aguda por apertura amplia y prolongada de la boca durante los tratamientos odontológicos, pero en otros casos se puede presentar de forma crónica o recidivante la cual es susceptible de tratamiento quirúrgico.

A nivel mundial y nacionalmente ésta problemática se maneja mediante la maniobra de Nelaton con la cual se consigue llevar el cóndilo a su lugar, sin embargo, son muchos los odontólogos que no manejan adecuadamente este tipo de emergencias y refieren al paciente a un centro hospitalario para que sea atendido por un médico

cirujano. Por lo tanto, es de vital importancia manejar dicho contenido desde pregrado.

Es por ello, que se hace necesario el conocimiento de los estudiantes de odontología del área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez acerca de la luxación mandibular bilateral y como atender una emergencia de éste tipo si se presenta al momento de realizar una extracción dental. De acuerdo a lo anteriormente expuesto, el presente proyecto de investigación busca estudiar si el contenido de las luxaciones mandibulares bilaterales se encuentra en el programa universitario de la Universidad José Antonio Páez y si los estudiantes tienen el conocimiento adecuado para la atención de tales emergencias.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es factible diseñar un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Diseñar un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral, atendidos por los estudiantes de odontología en el área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez, período Julio-noviembre 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

-Diagnosticar la necesidad de diseñar un manual didáctico para el abordaje de pacientes que presenten una luxación mandibular bilateral.

-Evaluar la factibilidad institucional, educativa y económica de diseñar un manual dirigido a los estudiantes de odontología sobre la luxación mandibular bilateral

-Proponer un manual didáctico que facilite el aprendizaje de los estudiantes de odontología acerca de la luxación mandibular bilateral.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se realizará con el fin de infundir una mayor cantidad de conocimientos acerca de la luxación mandibular bilateral, a través de la elaboración de un manual didáctico, el cual resultará un gran aporte a la institución, ya que los alumnos tendrán acceso a una información más concreta y específica del tema, dándoles así una mejor preparación y seguridad a la hora de atender una emergencia dentro de la universidad siendo alumnos, como fuera de ella siendo futuros odontólogos egresados de la Universidad José Antonio Páez.

Dicho trabajo brindará una herramienta útil a la Institución reforzando debilidades que pudiesen encontrarse. Este Manual sería de fácil acceso para cualquier alumno o docente que desee consultarlo, ya sea para refrescar conocimientos o para ahondar un poco más en el tema. Aportará también grandes beneficios a nivel social, puesto que, los pacientes que acuden a la universidad para ser atendidos por los estudiantes, contarán con un mejor protocolo clínico de atención odontológica para evitar una emergencia o saber abordarla en caso tal, que se presente, puesto que son varios los factores que pueden desencadenar este tipo de emergencias.

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Estudiantes de odontología de 6^{to} y 7^{mo} semestre cursantes de la clínica del área de cirugía en el período de Julio-Noviembre 2017 de la Universidad José Antonio Páez en San Diego Edo-Carabobo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Según Fideas G. Arias (2006) el capítulo que se muestra a continuación “es el producto de la revisión documental-bibliográfica y consiste en una recopilación de ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar”. (p. 106) Dicho marco se encuentra estructurado de la siguiente manera: Antecedentes de la investigación, bases teóricas, definición de términos y operacionalización de variables.

2.1. ANTECEDENTES

Esta sección se refiere a los estudios previos: Trabajos y tesis de grado, trabajos de ascenso, artículos e informes científicos relacionados con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan alguna vinculación con nuestro proyecto, las cuales se describen a continuación.

En el ámbito internacional, se tiene se tiene a Gauer y Semidey (2015), presentaron el trabajo “Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Temporomandibulares”. La investigación expuso los trastornos temporomandibulares (TTM) como un grupo heterogéneo de afecciones músculo-esqueléticas y neuro-musculares que afectan al complejo articular temporomandibular, la musculatura circundante y los componentes óseos. Los TTM afectan hasta el 15% de los adultos, con una incidencia entre los 20 y 40 años de edad. Los TTM se clasifican como intra-articular o extra-articular. Los síntomas comunes incluyen dolor o disfunción de la mandíbula, dolor de oído, dolor de cabeza y dolor facial. La etiología de los TTM es multifactorial e incluye desencadenantes biológicos, ambientales, sociales, emocionales y cognitivos.

El diagnóstico suele basarse en la historia y el examen físico. La imagen diagnóstica puede ser beneficiosa cuando se sospecha maloclusión o anomalías intra-

articulares. La mayoría de los pacientes mejoran con una combinación de terapias no invasivas, incluyendo la educación del paciente, el auto-cuidado, la terapia cognitivo-conductual, la farmacoterapia, la fisioterapia y los dispositivos oclusales. Los fármacos anti-inflamatorios no esteroideos y los relajantes musculares se recomiendan inicialmente, y se pueden añadir benzodiazepinas o antidepresivos para casos crónicos. La derivación a un cirujano oral y maxilofacial están indicadas para casos refractarios.

La investigación anteriormente expuesta, explica los diferentes síntomas que pueden presentar los trastornos temporo-mandibulares, lo que la relaciona con el proyecto de investigación en curso ya que es indispensable saber manejar signos y síntomas de los trastornos que pueden afectar la ATM, para así obtener buenos diagnósticos y posteriores tratamientos.

J. Headache Pain (2015) “Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporo-mandibular disorders” El objetivo del artículo es presentar los conceptos de manejo clínico del dolor de TTM. Se realizó a través de una encuesta utilizando las bases de datos PubMed, SCOPUS y CINAHL para los documentos publicados entre 1994 y 2014. Las siguientes palabras claves de búsqueda fueron seleccionadas usando los términos MeSH de la Biblioteca Nacional de Medicina en combinación: Dolor, TTM, Fisioterapia, trastornos reumatoides, y cirugía de la ATM. Se han incluido artículos originales y artículos de revisión que presentaron la relevancia clínica y la validez práctica con respecto a la posibilidad de aplicación en el manejo de TTM. Los autores han excluido artículos sin aspecto práctico sobresaliente y antecedentes basados en evidencia.

Se realizó una primera selección revisando los títulos y resúmenes de todos los artículos encontrados según los criterios. Después se evaluaron los textos completos de los artículos potencialmente adecuados. De acuerdo con estos criterios, obteniendo como resultado que los tratamientos conservadores más comúnmente reportados son la terapia de masajes y las férulas oclusales fabricadas individualmente. Además del masaje, otros métodos populares incluyen la terapia manual y la grabación, el

calentamiento / enfriamiento de las articulaciones dolorosas y la terapia con luz y láser. Los fármacos también se utilizan comúnmente. En los casos más severos de la degeneración de la articulación temporo-mandibular, la restauración quirúrgica de la articulación se aplica a veces.

A través de los resultados obtenidos, los autores concluyeron que el tratamiento conservador incluyendo consejería, ejercicios, terapia de férula oclusal, masaje, terapia manual y otros deben ser considerados como un tratamiento de primera elección para el dolor de TTM debido a su bajo riesgo de efectos secundarios. En el caso de dolor agudo severo o dolor crónico resultante de trastornos graves, inflamación y / o degeneración, la fármaco terapia y procedimientos mínimamente invasivos deben ser considerados.

Referente a lo expuesto anteriormente, tiene pertinencia con el presente trabajo de investigación, debido a que ambas investigaciones tratan de explicar conceptos relacionados a un Manejo clínico de TTM, teniendo claro entonces, que la luxación Mandibular Bilateral forma parte de los Trastornos que pueden presentarse en la ATM y aunque no tiene un factor patológico que la ocasione si se puede presentar un dolor agudo el cual puede manejarse con fisioterapia y farmacoterapia luego de realizado un tratamiento conservador.

Quiroz, Picco, Ramírez y Cruz (2014), presentaron el siguiente estudio “Tope precondíleo, una alternativa quirúrgica para el tratamiento de la luxación crónica mandibular. Modificación a la técnica de Norman. Experiencia en 12 pacientes” (México). El propósito del artículo se centró en describir el uso del injerto de mentón para el aumento de la eminencia articular, como tratamiento para la luxación crónica mandibular.

El presente estudio se llevó a cabo en 12 pacientes, con una edad promedio de 44 años a quienes se les diagnosticó luxación crónica mandibular, con sintomatología dolorosa mayor o igual a 8 en la escala visual análoga (EVA), evolución de 1.5 años en promedio, y una apertura bucal de 55 mm o mayor a ésta, tratados en forma conservadora durante por lo menos tres meses sin presentar mejoría. Dichos pacientes

fueron tratados con una modificación a la técnica de Norman donde se les realiza aumento de la eminencia articular mediante la colocación de un injerto de mentón, a través de un abordaje pre-auricular.

Se obtuvo como resultado que ninguno de los casos se presentó nuevos eventos de luxación durante los 18 meses posteriores a la cirugía. Emitiéndose la siguiente conclusión: Se demostró que la corrección de la luxación crónica mandibular, mediante colocación de tope precondíleo con injerto de mentón es una técnica eficaz y segura.

La relación entre dicho trabajo viene dado puesto que, la luxación mandibular no solamente puede presentarse en casos agudos; también puede darse como caso crónico para lo cual es necesario tener el conocimiento adecuado para buenos diagnósticos y posteriores tratamientos ya que de aplicarse un tratamiento inadecuado no se verán resultados satisfactorios. Aunque en pregrado no se manejan casos crónicos por la complejidad del tratamiento no está demás ahondar en la teoría para ampliar los conocimientos.

Nacionalmente encontramos el siguiente trabajo de investigación, Suzareth González, Cesar A. Guerrero (2013). “Protocolo de atención para el paciente con hipomovilidad Mandibular”. Cuyo objetivo es presentar un protocolo de atención, el cual unifica los criterios basados en la literatura científica, actualizada, proporcionando una guía sistematizada con el objetivo de ayudar a los pacientes discapacitados en su función cráneo mandibular, y la intención de explicar a todos los especialistas involucrados en el área de cabeza y cuello, fisioterapia, psicología, neurología y reumatología para identificar la etiología de la condición y canalizar el tratamiento adecuado.

Se realizó una investigación documental con método exploratorio-evaluativo, retrospectivo, de campo, no experimental, no probabilística, en la cual se seleccionó una población total de 100 pacientes que asistieron a la consulta del centro de cirugía maxilofacial Santa Rosa, extensión de estudios de postgrado de cirugía bucal de la facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela, entre los meses

enero 2008 a enero 2011. De ésta se seleccionaron 56 pacientes, en edades comprendidas entre los 12 y 85 años, con los siguientes criterios: Pacientes del género femenino y masculino que presenten una entidad patológica de tipo ósea, muscular, fibroso, artrítico, psicogénica, neurogénicas o cuerpo extraño, con signos de hipomovilidad mandibular, historia clínica completa que incluya métodos de evaluación y evidencia imagenológica de la patología asociada, pacientes previamente diagnosticados con hipomovilidad mandibular que han recibido tratamiento de tipo conservador o quirúrgico, pacientes que acepten participar en el estudio con el consentimiento informado firmado.

Como resultado se obtuvo, la hipomovilidad mandibular es un signo único discapacitante, que se presenta con mayor frecuencia en el género femenino, entre la segunda y tercera década de vida, la etiología es de origen muscular, seguido por artritis degenerativa y artritis reumatoide por diversas razones y eventualmente multifactorial. Ocupando el trauma la razón principal para su aparición, continuando con hábitos para-funcionales, estrés emocional y secundario a cirugía o radioterapia. Las condiciones de tipo óseo, artríticas, neurológicas, psicogénicos y presencia de cuerpos extraños estuvieron presentes en porcentajes muy bajos.

Como conclusión a lo antes expuesto, este protocolo para el diagnóstico y manejo de la hipomovilidad mandibular, ayuda a identificar el problema en la menor cantidad de tiempo, instaurar el tratamiento más adecuado y conseguir al profesional más experto para el diagnóstico, y así mejorar al paciente con menor costo económico, menor pérdida de tiempo y el tratamiento preciso y definitivo.

Referente a la pertinencia de las investigaciones podemos destacar que ambas tratan de un protocolo clínico a seguir con la finalidad de brindarle al paciente siempre un tratamiento adecuado en el menor tiempo posible. Los tratamientos conservadores siempre estarán de primera opción para cualquiera que sea el caso, por tal motivo es de suma importancia saber diagnosticar los diferentes trastornos temporo-mandibulares y su origen.

Babatunde O Akinbami (2011). “Evaluación del mecanismo y principios de manejo de la dislocación de la articulación temporo-mandibular. Revisión sistemática de la literatura y propuesta de nueva clasificación de la dislocación de la articulación temporo-mandibular”. El objetivo de esta revisión fue proyectar una comprensión integral de los procesos patológicos y la gestión de todos los tipos de desplazamiento de la cabeza del cóndilo mandibular desde su posición normal en la fosa glenoidea. Además, se propuso una nueva clasificación de la dislocación de la articulación temporo-mandibular. Se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica de computadoras usando la base de datos Medline, Cochrane y Embase. Palabras clave como dislocación de la articulación temporo-mandibular fueron utilizadas para la búsqueda. La búsqueda manual adicional se realizó revisando artículos publicados en el país y extranjeros.

Los resultados se obtuvieron revisando un total de 128 artículos, de los cuales 79 resultaron relevantes. De estos, 26 eran informes de casos, 17 eran series de casos y 36 eran artículos originales. 79 casos fueron dislocaciones agudas, 35 casos fueron dislocaciones prolongadas crónicas de la ATM y 311 casos fueron dislocaciones recurrentes crónicas de la ATM. La etiología fue predominantemente traumática en el 60% de los casos incluyendo caída, accidentes de tránsito, accidentes domésticos, violencia interpersonal y otras causas contribuyeron alrededor del 40% con la apertura bucal excesiva de bostezos, risas, apertura bucal prolongada de los procedimientos orales y otorrinolaringológicos. De todos los casos revisados, sólo 4 fueron dislocación unilateral. Varias modalidades de tratamiento se describen en este informe como se indica para cada tipo de dislocación.

Se concluye, que el método de tratamiento más complejo e invasivo puede no necesariamente ofrecer la mejor opción y resultado del tratamiento, por lo tanto los enfoques conservadores deben ser agotados y utilizados adecuadamente antes de adoptar las técnicas quirúrgicas más invasivas.

En el marco de lo expuesto se puede decir que el tema aborda las diferentes causas de una luxación mandibular y los tratamientos para su mejoría los cuales

deben ser primeramente conservadores, básicamente todo ello es lo que se busca explicar con el proyecto de investigación en curso.

2.2 BASES TEÓRICAS

Según Fideas G. Arias (2006) “Las bases teóricas implican un desarrollo amplio de los conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adoptado para sustentar o explicar el problema planteado”. (p. 107)

Anatomía funcional del sistema masticatorio Según J Okeson (2003) Es un sistema masticatorio extremadamente complejo. Está formado sobre todo por huesos, músculos, ligamentos y dientes.

Componentes esqueléticos: Hay tres componentes esqueléticos principales que forman el sistema masticatorio 1) el maxilar, 2) la mandíbula, y 3) el hueso temporal. Los maxilares soportan los dientes y el hueso temporal soporta el maxilar inferior a través de su articulación.

El Maxilar

Michel Latarjet y Alfredo Ruíz (2004) Hueso par que participa en la constitución de la cavidad orbitaria, de la bóveda palatina, de las cavidades nasales y de la fosa infra-temporal (fosas cigomáticas y pterigomaxilar), constituye la pieza principal del macizo facial. Un proceso horizontal une al maxilar de un lado con su homónimo opuesto, formando el paladar óseo (bóveda palatina). El maxilar presenta un arco lleno de alvéolos donde se fijan los dientes superiores.

El maxilar está formado por hueso compacto con pequeños islotes de tejido esponjoso en la base del proceso frontal (apófisis ascendente), especialmente en el borde alveolar. El centro del hueso presenta una cavidad de forma piramidal que corresponde al seno del maxilar.

La Mandíbula

La mandíbula es un hueso en forma de U que sostiene los dientes inferiores y constituye el esqueleto facial inferior. No dispone de fijaciones óseas al cráneo. Está

suspendida y unida al maxilar mediante músculos y ligamentos y otros tejidos blandos que le proporcionan la movilidad necesaria para su función con el maxilar.

La parte superior de la mandíbula consta del espacio alveolar y los dientes. El cuerpo de la mandíbula se extiende en dirección postero-inferior para formar el ángulo mandibular y en dirección postero-superior para formar la rama ascendente. Esta está formada por una lámina vertical del hueso que se extiende hacia arriba en forma de dos apófisis. La anterior es la coronóides y la posterior el cóndilo.

El cóndilo es la porción de la mandíbula que se articula con el cráneo, alrededor de la cual se produce el movimiento. Visto desde adelante, tiene una proyección medial y otra lateral que se denominan polos. El polo medial es, en general, más prominente que el lateral. Desde arriba, una línea que pasa por el centro de los polos del cóndilo se extenderá en sentido medial y posterior hacia el borde anterior del foramen mágnum. La longitud medio-lateral total del cóndilo es de 15 a 20mm y la anchura antero-posterior tiene entre 8 y 10mm.

La superficie de la articulación real del cóndilo se extiende hacia adelante y hacia atrás hasta la cara superior de éste. La superficie de la articulación del cóndilo es muy convexa en sentido antero-posterior y solo presenta una leve convexidad en sentido medio-lateral.

El hueso temporal

Según Michel Latarjet y Alfredo Ruíz (2004) el hueso temporal es un hueso par situado en la parte lateral media e inferior del cráneo, a este hueso se articula el cóndilo mandibular en su porción escamosa, ésta presenta en su cara inferior de atrás hacia adelante la fosa mandibular de forma cóncava (cavidad glenoidea o articular).

Por detrás de la fosa mandibular se encuentra la cisura escamo timpánica, que se extiende en sentido medio-lateral. En su extensión medial, esta cisura se divide en petroescamosa en la parte anterior y petrotimpánica en la parte posterior. Justo delante de la fosa se encuentra una prominencia ósea convexa denominada eminencia articular.

Según J Okeson (2003) El grado de convexidad de la eminencia articular es muy variable, pero tiene importancia puesto que la inclinación de esta superficie dicta el camino del cóndilo cuando la mandíbula se coloca hacia delante. El techo posterior de la fosa mandibular es muy delgado, lo cual indica que esta área del hueso temporal no está diseñada para soportar fuerzas intensas. Sin embargo, la eminencia articular está formada por un hueso denso y grueso y es más probable que tolere fuerzas de este tipo.

Articulación temporo-mandibular

David Magee (2008) define la articulación temporo-mandibular como “una articulación tipo bisagra, sinovial y condilar, con superficies fibrocartilaginosas y un disco articular que divide cada articulación en dos cavidades”. (p. 70) En la cavidad superior de la articulación surgen movimientos de deslizamiento, en tanto que en la inferior son de rotación o bisagra, la rotación se lleva a cabo desde el inicio hasta la mitad del movimiento.

La cabeza superior de los músculos pterigoideos externos tira el disco hacia adelante y prepara para la rotación condilar durante el movimiento. La rotación ocurre a través de las dos cabezas condilares entre el disco articular y el cóndilo. El deslizamiento que se efectúa como un segundo movimiento, es la traslación del cóndilo y el disco a lo largo de la parte descendente de la eminencia articular. El deslizamiento y la rotación son esenciales para abrir y cerrar la boca.

Componentes de la ATM

J Okeson (2003) La ATM está formada por el cóndilo mandibular que se ajusta en la fosa mandibular del hueso temporal. Estos dos huesos están separados por un disco articular que evita la articulación directa. La ATM se clasifica como una articulación compuesta, ya que requiere la presencia de al menos tres huesos, a pesar de que la ATM solo está formada por dos, funcionalmente el disco articular actúa como un hueso sin osificar que permite los movimientos complejos de la articulación.

El disco articular está formado por un tejido conjuntivo fibroso y denso desprovisto de vasos sanguíneos o fibras nerviosas, según Mahan (1980) “en el

momento del nacimiento el disco es vascularizado y entre 3 y 5 años se vuelve avascular”. (p.86) Sin embargo, la zona más periférica del disco articular es ligeramente inervada. En el plano sagital puede dividirse en tres regiones según su grosor. El área central es la más delgada y se denomina zona intermedia. El borde posterior es, por lo general algo más grueso que el anterior.

En la articulación normal, la superficie articular del cóndilo está situada en la zona intermedia del disco, limitada por regiones anterior y posterior que son más gruesas. Visto desde adelante, el disco es casi siempre más grueso en la parte interna que la externa y ello se corresponde con el mayor espacio existente entre el cóndilo y la cavidad glenoidea en la parte media de la articulación. El disco es flexible y puede adaptarse a las exigencias funcionales de las superficies articulares sin que se altere su morfología a menos que se produzcan fuerzas destructoras o cambios estructurales en la articulación, en ese caso la morfología del disco puede alterarse de manera irreversible.

El disco articular está unido por detrás a una región de tejido conectivo laxo muy vascularizado e inervado constituida por dos porciones, en la parte superior hay una lámina de tejido conjuntivo que contiene muchas fibras elásticas conocida como lámina retro discal superior, esta se une al disco articular por detrás de la lámina timpánica. La porción inferior de los tejidos retro discales se insertan en la región límite inferior del extremo posterior del disco y al margen posterior de la superficie articular del cóndilo, la lámina retro discal inferior primordialmente está estructurada por fibras de colágeno. El resto del tejido retro discal se encuentra unido por detrás con un plexo venoso, que se llena de sangre cuando el cóndilo se traslada hacia adelante.

El disco articular está unido al ligamento capsular no solo por delante y por detrás sino también por dentro y por fuera. Esto divide la articulación en dos cavidades diferenciadas, la superior e inferior. La cavidad inferior está limitada por el cóndilo mandibular y la superficie inferior del disco. Las superficies internas de la cavidad están rodeadas por células endoteliales especializadas que forman un

revestimiento sinovial. Este revestimiento, junto con una franja sinovial especializada situada en el borde anterior de los tejidos retro-discales, produce el líquido sinovial que llena a ambas cavidades articulares.

El líquido sinovial tiene dos finalidades, dado a que las superficies de la articulación son avasculares, este actúa como medio para el aporte de las necesidades metabólicas de estos tejidos. El líquido sinovial también sirve como lubricante entre las superficies articulares del disco, el cóndilo y la fosa, ello consigue que el roce durante el movimiento se reduzca al mínimo.

Músculos de la masticación

Richard Drake, A. Wayne Vogl y Adam W. Mitchell (2010). El músculo masetero es un músculo potente que se encarga de la elevación de la mandíbula. Se encuentra aplicado contra la cara externa de la rama de la mandíbula. Este músculo posee una forma cuadrangular y se inserta por arriba en el arco cigomático y por debajo en casi toda la superficie lateral de la rama de la mandíbula.

La porción superficial del músculo masetero se origina en la apófisis maxilar del hueso cigomático y en los dos tercios anteriores de la apófisis cigomática del hueso maxilar. Se inserta en el ángulo de la mandíbula y en la porción postero-inferior de la superficie lateral de la rama de la mandíbula. La porción profunda del músculo masetero se origina en la zona medial del arco cigomático y en la porción posterior de su borde inferior, y se inserta en las regiones central y superior de la rama de la mandíbula, alcanzando por arriba la apófisis coronóides. El músculo masetero recibe su inervación del nervio maseterino, rama del nervio mandibular; y su irrigación de la arteria maseterina, rama de la arteria maxilar.

Músculo temporal: Es un músculo robusto, en forma de abanico, que ocupa la mayor parte de la fosa temporal. Se origina en las superficies óseas de la fosa, insertándose superiormente en la línea temporal inferior y lateralmente en la superficie de la fascia temporal. Se inserta a lo largo de la superficie anterior de la apófisis coronóides y en el borde anterior de la rama de la mandíbula, casi hasta el nivel del último molar.

El músculo temporal es un potente elevador de la mandíbula, la retrae o la tracciona posteriormente. Además, también participa en los movimientos de lateralidad de la mandíbula. El músculo temporal recibe su inervación de los nervios temporales profundos, que se originan del nervio mandibular. La irrigación del músculo depende de las arterias temporales profundas que viajan junto a los nervios y de la arteria temporal media.

Músculo pterigoideo medial: Es un músculo cuadrangular que posee una cabeza superficial y otra profunda. La cabeza profunda se origina por encima de la superficie medial de la lámina lateral de la apófisis pterigoides y en la superficie asociada de la apófisis piramidal del hueso palatino. Se inserta en la cara interna de la rama de la mandíbula, próxima al ángulo de la misma. La cabeza superficial se origina en la tuberosidad del maxilar y en la apófisis piramidal del hueso palatino adyacente. Se inserta en la mandíbula.

La función principal del músculo pterigoideo medial es la elevación de la mandíbula. Contribuye igualmente, junto al músculo pterigoideo lateral, a la propulsión de la mandíbula. El músculo pterigoideo medial recibe su inervación del nervio del mismo nombre, rama del nervio mandibular.

Músculo pterigoideo lateral: Músculo triangular robusto que al igual que su homólogo medial posee dos cabezas. La cabeza superior que se origina en el techo de la fosa infra-temporal (superficie inferior del ala mayor del esfenoides y cresta infra-temporal). La cabeza inferior, se origina en la superficie lateral de la lámina lateral de la apófisis pterigoides. La contracción del músculo desplaza el disco articular y el cóndilo de la mandíbula en dirección anterior, hacia el tubérculo articular, por lo que es el principal músculo propulsor de la mandíbula. El músculo está inervado por el nervio pterigoideo lateral, rama del nervio mandibular.

Ligamentos de la ATM

Los ligamentos no intervienen activamente en la función de la articulación, sino que constituyen dispositivos de limitación pasiva para restringir el movimiento articular. La ATM tiene tres ligamentos funcionales de sostén: 1) los ligamentos colaterales, 2) el ligamento capsular y 3) el ligamento temporo-mandibular. Existen además dos ligamentos accesorios: 1) el eseno-mandibular y el 2) el estilo-mandibular.

- Ligamentos colaterales o discales: Fijan los bordes interno y externo del disco articular a los polos del cóndilo. Estos ligamentos están formados por fibras de tejido conjuntivo colágeno y por tanto, no son distensibles.

- Ligamento capsular: la ATM está envuelta y rodeada por el ligamento capsular. Las superficies de este ligamento se insertan por la parte superior, en el hueso temporal. Por la parte inferior, las fibras del ligamento capsular se unen al cuello del cóndilo. El ligamento capsular actúa oponiendo resistencia ante cualquier fuerza interna, externa o inferior que tienda a separar o luxar las superficies articulares. Una función importante del ligamento capsular es envolver la articulación y retener líquido sinovial.

- Ligamento temporo-mandibular: El ligamento TM tiene dos partes: una porción oblicua externa y otra horizontal interna. La porción interna se extiende desde la superficie externa del tubérculo articular y la apófisis cigomática en dirección postero-inferior hasta la superficie externa del cuello del cóndilo. La porción horizontal interna se extiende desde la superficie externa del tubérculo articular y la apófisis cigomática, en dirección posterior y horizontal, hasta el polo externo del cóndilo y la parte posterior del disco articular. La porción oblicua del ligamento TM evita la excesiva caída del cóndilo y limita, por tanto, la amplitud de la apertura bucal.

- . Ligamento esfeno-mandibular: Tiene su origen en la espina del esfenoides y se extiende hacia abajo hasta una pequeña prominencia ósea, situada en la rama de la mandíbula, que se denomina línula.

- . Ligamento estilo-mandibular: Se origina en la apófisis estiloides y se extiende hacia abajo y hacia delante hasta el ángulo y el borde posterior de la rama de la mandíbula. El ligamento estilo-mandibular limita los movimientos de protrusión excesiva de la mandíbula.

Los ligamentos de la articulación están compuestos por tejido conectivo colágeno, que no es distensible, no obstante, el ligamento puede estirarse si se le aplica una fuerza de extensión, ya sea bruscamente o a lo largo de un período de tiempo prolongado. Cuando un ligamento se distiende, se altera su capacidad funcional y por consiguiente, la función articular, ocasionando alteraciones en la ATM.

Inervación de la articulación

Como en cualquier otra articulación, la ATM está inervada por el mismo nervio responsable de la inervación motora y sensitiva de los músculos que la controlan (el nervio trigémino). La inervación depende de la rama del nervio mandibular, la mayor parte de la inervación proviene del nervio aurículo-temporal, que se separa del mandibular por detrás de la articulación y asciende lateral y superiormente envolviendo la región posterior de la articulación. Los nervios masetero y temporal profundo aportan el resto de la inervación.

Vascularización de la articulación

La ATM está abundantemente irrigada por los diferentes vasos sanguíneos que la rodean. Los vasos predominantes son la arteria temporal superficial, por detrás; la arteria meníngea media, por delante; la arteria maxilar interna, desde abajo. Otras arterias importantes son la auricular profunda, la timpánica anterior y la faríngea ascendente. El cóndilo se nutre de la arteria alveolar inferior a través de los espacios medulares y también de los vasos nutricios que penetran directamente en la cabeza condílea, por delante y por detrás procedentes de los vasos de mayor calibre.

Luxación mandibular

Cosme Gay Escoda (2004) La luxación es la pérdida de la relación entre los componentes de una articulación no auto-reducible (desplazamiento que no puede auto-reducirse) del cóndilo mandibular respecto a la fosa glenoidea. Si se produce una luxación el cóndilo mandibular se desplaza más allá de la eminencia articular anterior y a menudo se impacta en la fosa infra-temporal por delante de aquella y no puede entrar de nuevo en la fosa glenoidea hasta que se reduzca la luxación.

Los pacientes con hiperlaxitud ligamentosa tienen una mayor predisposición a padecer este tipo de luxaciones por este motivo se presenta mayormente en mujeres. Pacientes que están tomando medicaciones con efectos extra-piramidales (trastornos del movimiento) por ejemplo: Fenotiacinas y tranquilizantes mayores pueden tener una mayor predisposición a padecer una luxación mandibular. La luxación puede ser unilateral o bilateral. En algunos casos se presenta de forma aguda por apertura amplia y prolongada de la boca durante los tratamientos odontológicos, pero en otros casos se puede presentar de forma crónica o recidivante la cual es susceptible de tratamiento quirúrgico.

Luxación mandibular como complicación quirúrgica (exodoncia)

En las extracciones de dientes inferiores que pueden ser largas o dificultosas puede prevenirse la luxación de la ATM manteniendo la mandíbula sostenida con la mano izquierda. La luxación anterior bilateral origina la protrusión de la mandíbula con apertura excesiva de la boca, el mentón se dirige hacia abajo y hacia delante. Los pacientes experimentan dolor y dificultad para comer, deglutir y hablar. A menudo presentan pánico y sialorrea (también llamada hipersalivación o ptialismo, condición médica caracterizada por babeo o producción excesiva de saliva). Cabe destacar que si la luxación es unilateral la mandíbula se desvía hacia el lado no afectado.

La luxación mandibular aguda puede ser tratada por reducción manual (maniobra de Nelaton o de Dupuis). Ello se facilita con la administración de relajantes musculares, infiltración peri-articular anestésica o sedantes. La mefenesina es el prototipo de la mayoría de los relajantes de la musculatura esquelética oral, entre

los que se incluyen los propanedíoles como por ejemplo carisoprodol, metocarbamol y clorzoxazona y los anestésicos locales utilizados con mayor frecuencia son lidocaína al 2% y mepivacaína al 3%.

En los casos de luxación mandibular bilateral bloqueada se realiza la maniobra de Nelaton: Se coloca al paciente sentado en un asiento bajo y con la cabeza bien apoyada; el odontólogo se sitúa delante del paciente y con los dedos pulgares introducidos en el interior de la boca sobre la región molar de la mandíbula, se hace fuerza hacia abajo; los otros dedos, cogen extra-bucalmente las ramas horizontales de la mandíbula y las desplaza hacia abajo y hacia atrás.

En un primer movimiento se intenta realizar el descenso de la sínfisis; este movimiento de descenso forzado exagera la apertura bucal y permite suavizar parcialmente la contractura mandibular. En un segundo movimiento se hace la repulsión y descenso de la rama ascendente mandibular (movimiento de rotación hacia atrás); con lo que se logra la reubicación de la cabeza del cóndilo mandibular en la fosa glenoidea. Se debe advertir al paciente que durante los próximos días no abra en exceso la boca ni bostece ya que se podría repetir la luxación.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Consiste en dar el significado preciso y según el contexto a los conceptos principales, expresiones o variables involucradas en el problema y en los objetivos formulados. Según Tamayo (1998) la definición de términos básicos “es la aclaración del sentido en que se utilizan las palabras o conceptos empleados en la identificación y formulación del problema” (p. 78).

-. Sutura: Son articulaciones denominadas inmóviles (o sinartrosis), en las que los huesos están unidos uno al otro a través de un tejido fibroso.

-. Cresta: Proyección o reborde sobresaliente, especialmente óseo.

- . Cisura: Permite referirse a una abertura o hendidura que se registra en alguna estructura. Puede tratarse de un surco que se origina de manera natural o que se produce por algún tipo de lesión o enfermedad.

- . Distensible: Propiedad que permite la distensión o el alargamiento de una estructura.

- . Tubérculo articular (cóndilo temporal): Es una eminencia situada transversalmente por delante de la fosa articular y, según algunos autores, constituye la raíz transversa del zigomático.

- . Apófisis: Las apófisis o procesos, son las partes que sobresalen del cuerpo humano, que permiten que se fijen los ligamentos a los huesos y que forman parte de las articulaciones.

- . Hiperlaxitud: Aumento exagerado de la movilidad de las articulaciones

- . Recidivante: Trastorno que tiende a reaparecer después de un período de curación

- . Sínfisis mandibular: Línea de unión de las dos piezas que componen el hueso mandibular.

- . Repulsión: Hacer retroceder con fuerza e intensidad.

Tabla N° 1.- Operacionalización de las Variables

Diseñar un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral, atendidos por los estudiantes de odontología en el área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez, período julio-noviembre 2017.						
Variables	Definición De Operaciones	Dimensión	Indicadores	Ítems	Instrumento	
Manual didáctico	Diamond (1983) de los manuales es la siguiente “... son un medio de comunicación muy especializada y requiere de habilidades de comunicación especializada, que se estructuran a través de pasos simples y lógicos...”. Imideo Nerici (1985) «Didáctica es el conjunto de procedimientos y normas destinadas a dirigir el aprendizaje de la manera más eficiente que sea posible	-Factibilidad	-Institucional -Educativa/académica -Económica	1 2 3	Entrevista	
		-Diseño	Presentación digital -Presentación impreso -Pendón -Apoyo audiovisual	4 5 6 7		
Luxación mandibular bilateral	La luxación puede definirse como una pérdida de la relación entre los componentes de una articulación y que no es auto-reductible. Así pues, la dislocación completa o luxación de la articulación temporo-mandibular se refiere al desplazamiento, que no puede auto-reducirse, del cóndilo sobre la cavidad glenoidea. La luxación puede ser unilateral o bilateral. Frecuentemente se trata de una patología aguda, pero a veces es recidivamente o crónica. Gottlied (14) en 1952.	-Alteraciones	-Tejido blando -Tejido duro	1 2		Cuestionario
		-Signos y síntomas	-Apertura bucal disminuida -Apertura bucal excesiva -Protrusión mandibular -Dolor	3 4 5 6		
		-Factores predisponente	-Sialorrea -Patológicos (Artritis degenerativa)	7 8 9		
		-Causa	-No patológico (Hiperlaxitud ligamentosa) (Medicamentos)	10 11 12 13		
		-Abordaje	-Tratamientos odontológicos -Emergencia en la clínica	14 15 16		

			-Tratamientos/maniobras	17	
			(Maniobra de Nelaton)	18	
			(Maniobra de Dupuis,	19	
			alteración aguda)	20	
			(Maniobra de Dupuis,		
			alteración crónica)		
			(Intervención quirúrgica)		
			(Farmacoterapia)		

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Fidiás G. Arias (2006), la investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes. (p. 31)

De acuerdo con lo anterior, podemos indicar que nuestro trabajo de investigación es de campo factible debido a que la recolección de datos se realizará en el área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez, en un ambiente natural y sin manipular variables.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Según Santa Paella y Filiberto Martins (2010), el diseño no experimental es el que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable. El investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes. Se observan los hechos tal y como se presentan en su contexto real y en un tiempo determinado o no, para luego analizarlos. Por lo tanto en éste diseño no se construye una situación específica si no que se observan las que existen. (p. 87)

De igual manera Hernández, Fernández y Baptista expresa (2006) “Los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. (p. 207)

Por consiguiente podemos expresar que dicho diseño de la investigación es de tipo no experimental transversal puesto que la información recopilada consiste en

datos reales y que no son modificados y en la recolección de datos se describen variables y se analiza su incidencia en un tiempo único.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Según Fideas G. Arias (2006): La población es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio. En tal sentido la población del presente trabajo son 332 estudiantes de odontología de 6to y 7mo semestre y 1 docente cirujano en el período Julio-Noviembre 2017 de la Universidad José Antonio Páez en San Diego Edo-Carabobo.

En lo que se refiere a la muestra es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible. En este caso son 60 estudiantes de odontología de 6to y 7mo semestre cursantes de la clínica del área de cirugía y 1 docente de la misma área.

En referencia al muestreo de la presente investigación es no probabilística puesto que es un procedimiento de selección en el que se desconoce la probabilidad que tienen los elementos de la población para integrar la muestra.

Respecto al muestreo casual que es en lo que se basa la investigación en desarrollo no probabilística, es un procedimiento que permite elegir arbitrariamente los elementos sin un juicio o criterio preestablecido. Por consiguiente, los sujetos son elegidos para formar parte de la muestra sin un objetivo específico.

3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital) que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información. Dentro de este marco se utilizará la técnica de encuesta en su modalidad escrita (cuestionario) que el autor ya mencionado plantea que dicha técnica pretende obtener información que suministra

un grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismos o en relación a un tema en particular, con preguntas desarrolladas de manera cerrada y dicotómica (SI/NO).

Se utilizó también como parte de la técnica de recolección de datos una entrevista con preguntas abiertas, dicha técnica no es más que un simple diálogo o conversación “cara a cara” entre el entrevistador y el entrevistado, acerca de un tema previamente determinado, de tal manera que el entrevistador pueda obtener la información requerida.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo contiene la información cuantitativa obtenida mediante el instrumento de recolección de los datos, aplicado a los estudiantes de 6to y 7mo semestre de odontología de la Universidad José Antonio Páez, con la finalidad de diagnosticar el grado de conocimiento y destreza para abordar pacientes con luxación mandibular bilateral.

Para Tamayo y Tamayo (2006), el análisis de los resultados es “La descomposición de elementos que conforman la totalidad de datos para clasificar el material recolectado desde diferentes puntos de vista” (p.205). Por consiguiente para la presente investigación se tomó en consideración los objetivos propuestos en el estudio, trabajando los datos con el uso de la estadística descriptiva, en primer lugar se tabularon para conocer la frecuencia de los mismos, permitiendo ser expresados porcentualmente y presentado el resumen en tablas; seguido de una gráfica circular para realizar una comparación y visualización de los resultados obtenidos de la muestra.

A cada tabla y gráfico, se le acompañó con su análisis respectivo, con el fin de resaltar aspectos relevantes que permitan presentar la necesidad de un manual didáctico que contribuya a la formación práctica sobre el manejo de la luxación mandibular bilateral desde el área de cirugía.

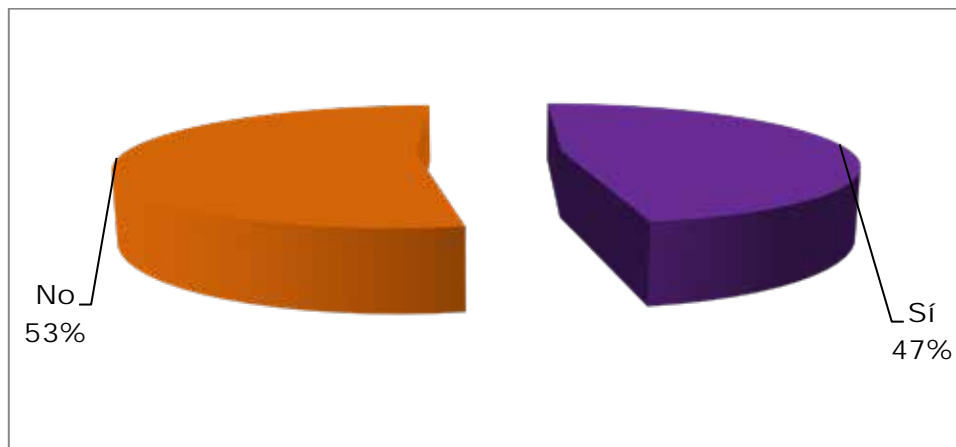
Tabla N° 2: Tejido blando.

1-. ¿La luxación mandibular bilateral es originada por un trastorno de los músculos masticatorios?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	28	47%
No	32	53%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 1. Luxación mandibular bilateral - trastorno de los músculos masticatorios



De los encuestados, el 47% considera que sí, que la luxación mandibular bilateral es originada por un trastorno de los músculos masticatorios; mientras que un 53% responde que no. De lo cual se tiene que no todos los estudiantes tienen claro el origen de esta patología odontológica. Para Fischer (2001), se tiene que los trastornos funcionales del aparato masticatorio incluyen cualquier alteración en las relaciones de los dientes con sus estructuras, tales como: los maxilares, la articulación temporo-mandibular (ATM), los músculos, así como la inervación y vascularización de los tejidos.

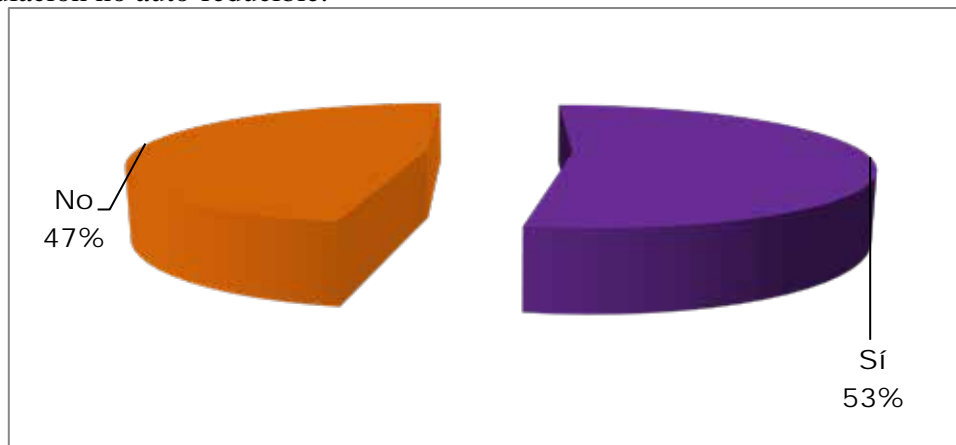
Tabla N° 3: Tejido duro

2-. ¿La luxación mandibular bilateral es la pérdida de la relación entre los componentes de una articulación no auto-reducible?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	32	53%
No	28	47%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 2. Luxación mandibular bilateral – pérdida de los componentes de una articulación no auto-reducible.



De los encuestados, el 53% considera que sí, la luxación mandibular bilateral es la pérdida de la relación entre los componentes de una articulación no auto-reducible, por otra parte 47% considera que no. Sabiéndose entonces que cuando se produce una luxación mandibular bilateral se pierde completamente la relación anatómica entre los componentes de la ATM y esta no puede reducirse por sí sola a menos que se aplique la maniobra correspondiente

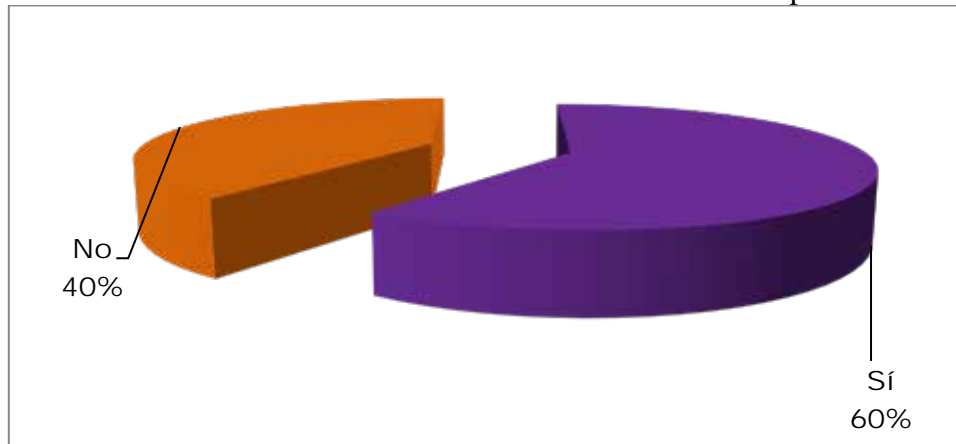
Tabla N° 4: Apertura bucal disminuida

3-. ¿La luxación mandibular bilateral origina la disminución de la apertura bucal?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	36	60%
No	24	40%
Total	60	100

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 3. Luxación mandibular bilateral - disminución de la apertura bucal



De la muestra del estudio, el 60% responde que sí, que la luxación mandibular bilateral origina la disminución de la apertura bucal, por su parte el restante a saber 40%, opina que no. La luxación mandibular bilateral no origina disminución de la apertura bucal puesto según Cosme Gay Escoda (2004) existe una hiperlaxitud ligamentosa que ocasiona que la mandíbula se encuentre excesivamente caída.

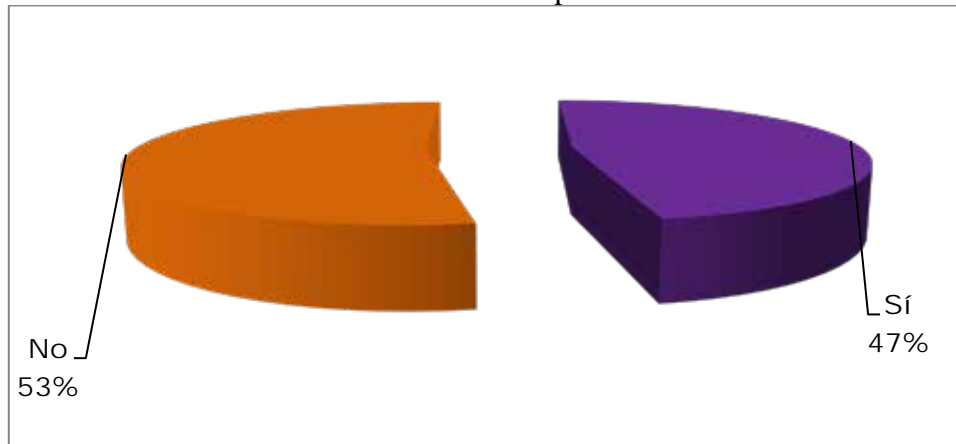
Tabla N° 5: Apertura bucal excesiva.

4-. ¿La luxación mandibular bilateral origina la apertura excesiva de la boca?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	28	47%
No	32	53%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 4. Luxación mandibular bilateral - apertura excesiva de la boca



De la muestra del estudio, el 47% considera que sí, que luxación mandibular bilateral origina la apertura excesiva de la boca, mientras que 53% responde que no. Uno de los efectos de esta patología efectivamente es la excesiva apertura bucal que se puede observar en los pacientes que presentan una luxación mandibular bilateral puesto que según J Okeson (2003) se pierde la relación entre los componentes de la ATM.

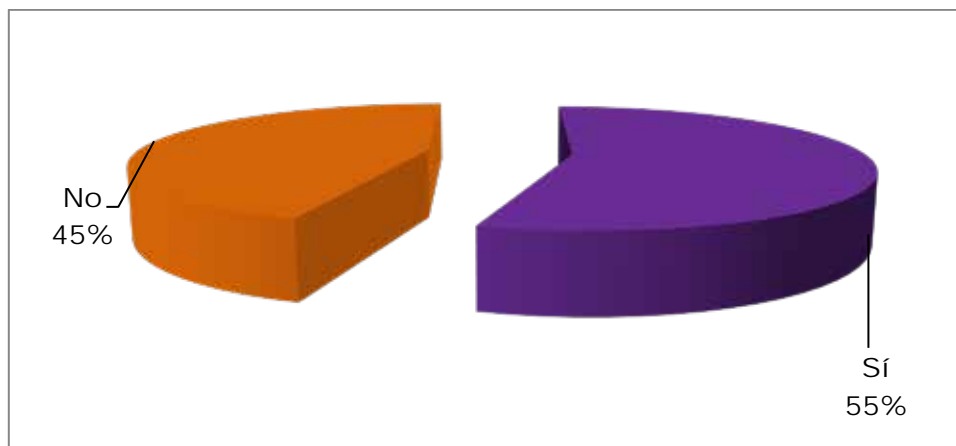
Tabla N° 6: Protrusión mandibular

5-. ¿La luxación mandibular bilateral origina protrusión mandibular?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	33	55%
No	27	45%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 5. Luxación mandibular bilateral - protrusión mandibular



De los encuestados, el 55% responde que sí, que la luxación mandibular bilateral origina protrusión mandibular, sin embargo, 47% opina que no ante el mismo ítem. Se debe tener claro que la protrusión mandibular, hace alusión al movimiento del maxilar inferior hacia delante, sin perder el contacto establecido con el maxilar superior. Cuando se produce una luxación mandibular bilateral la mandíbula se dirige hacia abajo y hacia adelante como consecuencia de la pérdida de relación entre componentes.

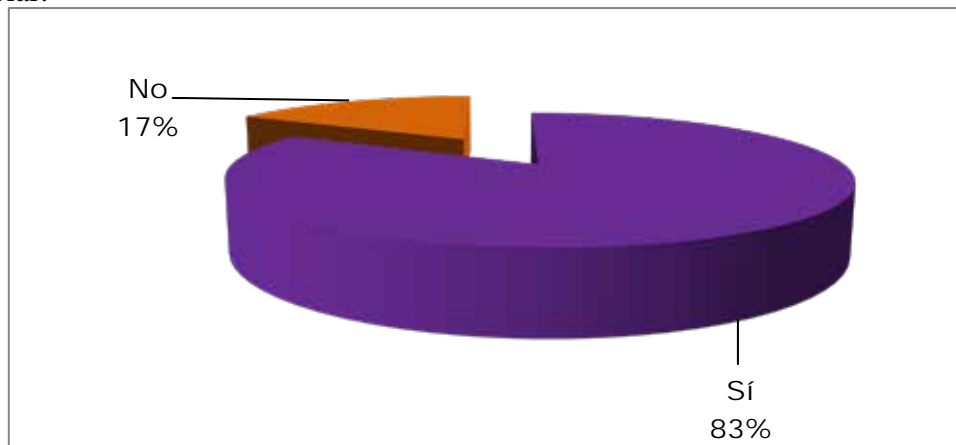
Tabla N° 7: Dolor

6-. ¿Cree usted que los pacientes con luxación mandibular bilateral presentan dolor y dificultad para comer, deglutir y hablar?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	50	83%
No	10	17%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 6. Luxación mandibular bilateral - dolor y dificultad para comer, deglutir y hablar.



Las respuestas para este ítem son de 83% responde que sí, que los pacientes con luxación mandibular bilateral presentan dolor y dificultad para comer, deglutir y hablar, mientras que 17% considera que no. El dolor es uno de los síntomas primarios de esta afección, y por afectar los músculos; los movimientos básicos son caracterizados por ser dolorosos.

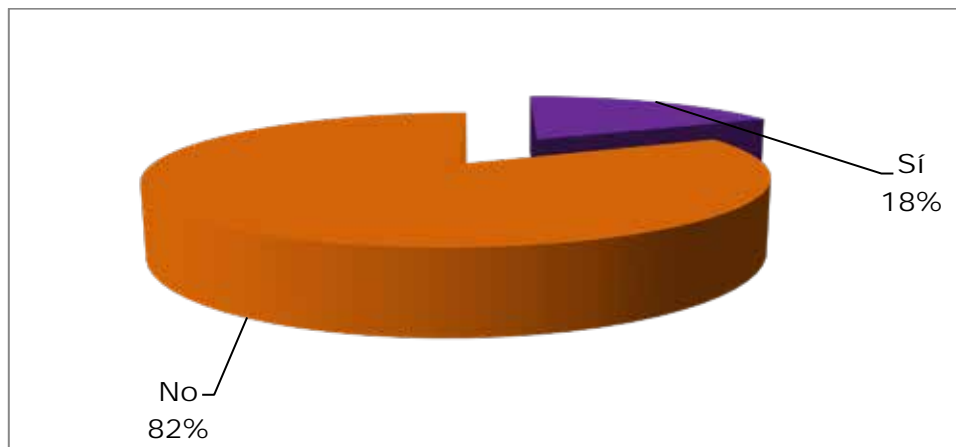
Tabla N° 8: Sialorrea.

7-. ¿Cree usted que los pacientes con luxación mandibular bilateral presentan sialorrea?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	11	18%
No	49	82%
Total	60	100

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 7. Luxación mandibular bilateral - sialorrea



De los encuestados tomados para el estudio, el 18% considera que sí, que los pacientes con luxación mandibular bilateral presentan sialorrea, y un porcentaje mayor, a saber 82% opina que no. La sialorrea (hipersalivación) según Cosme Gay Escoda (2004) se puede producir como consecuencia de una luxación mandibular bilateral.

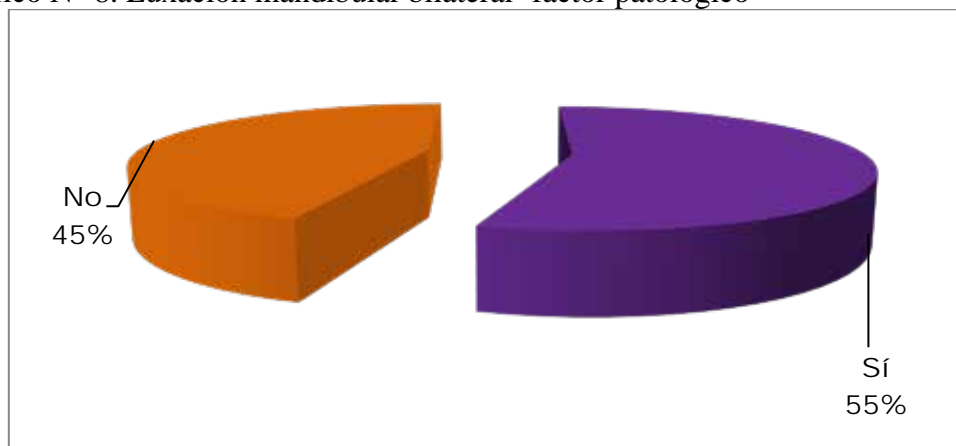
Tabla N° 9: Patológico

8-. ¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral tiene un factor patológico que la desencadena?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	33	55%
No	27	45%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 8. Luxación mandibular bilateral -factor patológico



De los encuestados el 55% considera que sí, que la luxación mandibular bilateral tiene un factor patológico que la desencadena, por otra parte 45% responde que no. Se ha expuesto que la luxación mandibular bilateral no es patológica puesto que esta se produce cuando existe una hiperlaxitud ligamentosa solamente y esto puede ser consecuencia de fuerzas excesivas aplicadas como por ejemplo durante una extracción dental.

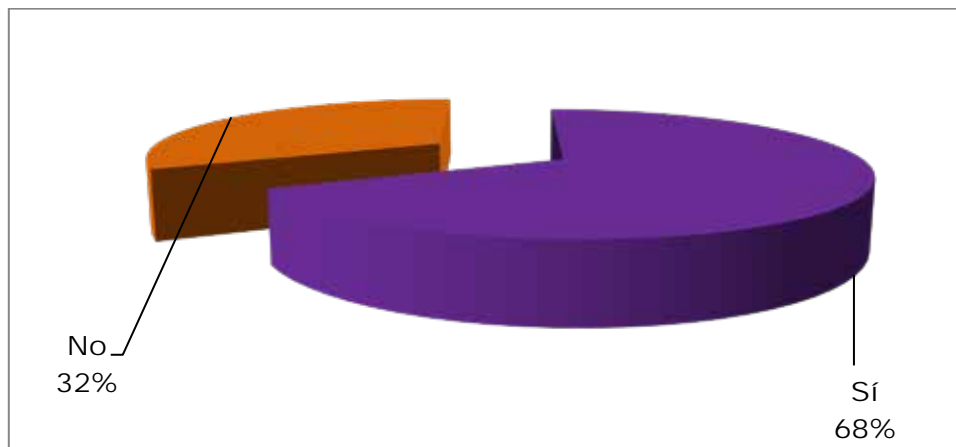
Tabla N° 10: Artritis degenerativa

9-. ¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral puede producirse por una artritis degenerativa?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	41	68%
No	19	32%
Total	60	100

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 9. Luxación mandibular bilateral - artritis degenerativa



La muestra del estudio responde así, un 68% considera que sí, que la luxación mandibular bilateral puede producirse por una artritis degenerativa, por otra parte, 32% responde que no. La ATM puede verse afectada por artritis degenerativa, (especialmente en personas mayores) pero no es esta la causa de que se produzca una luxación mandibular bilateral puesto que según J. Okeson (2003) dicha afección no tiene un factor patológico que la desencadene.

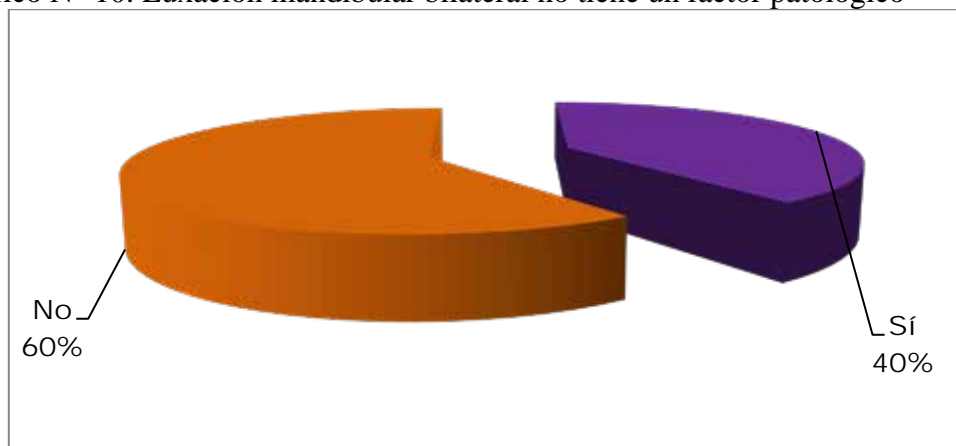
Tabla N° 11: No patológico.

10-. ¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral no tiene un factor patológico que la desencadena?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	24	40%
No	36	60%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 10. Luxación mandibular bilateral no tiene un factor patológico



De los encuestados el 40% responde que sí, que la luxación mandibular bilateral no tiene un factor patológico que la desencadena; mientras que 60% considera que no. Según los síntomas delineados en los textos, la presencia de una luxación mandibular obedece a causas externas, sobre todo al realizar movimientos exagerados, no se le atribuye algún factor relacionado con una enfermedad como la causa de la misma.

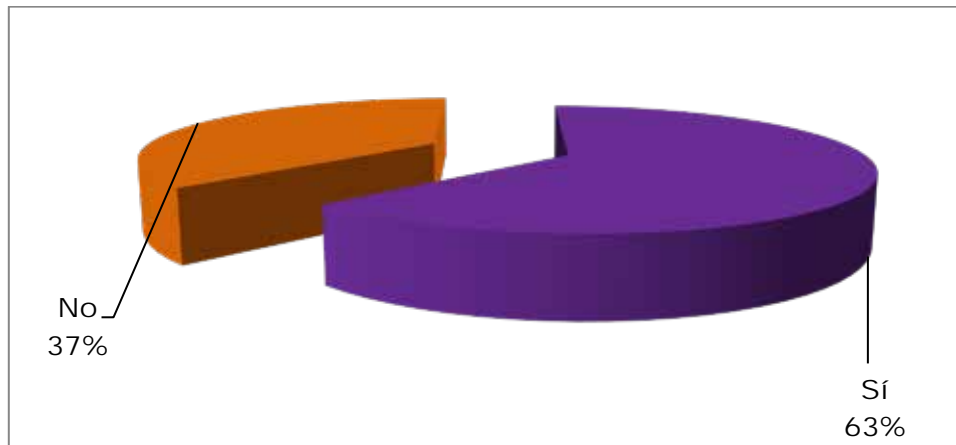
Tabla N° 12: Hiperlaxitud ligamentosa.

11-. ¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral puede producirse por hiperlaxitud ligamentosa?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	38	63%
No	22	37%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 11. Luxación mandibular bilateral - hiperlaxitud ligamentosa



De los encuestados el 63% responde que sí, que la luxación mandibular bilateral puede producirse por hiperlaxitud ligamentosa, mientras que 37% opina que no. La hiperlaxitud ligamentosa, se caracteriza por una movilidad excesiva de las articulaciones sin provocar dolor alguno, afectando a las principales estructuras músculo-articulares.

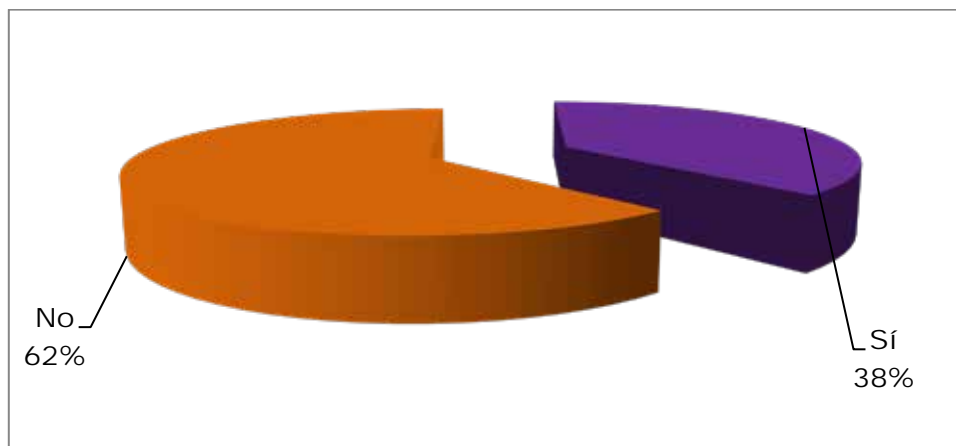
Tabla N° 13: Medicamentos

12-. ¿Cree usted que los pacientes que toman medicamentos para tratar trastornos emocionales y mentales graves tienen una mayor predisposición a presentar una luxación mandibular bilateral?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	23	38%
No	37	62%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 12. Predisposición a una luxación mandibular bilateral



De la muestra el 38% responde que sí, que los pacientes que toman medicamentos para tratar trastornos emocionales y mentales graves tienen una mayor predisposición a presentar una luxación mandibular bilateral, mientras que 62% considera que esto es falso. Según Cosme Gay Escoda (2004) Los medicamentos para el tratamiento de dichos trastornos tienen efectos extra-piramidales lo que quiere decir que afectan los movimientos de los ligamentos articulares haciendo propenso entonces a los pacientes a padecer una luxación mandibular.

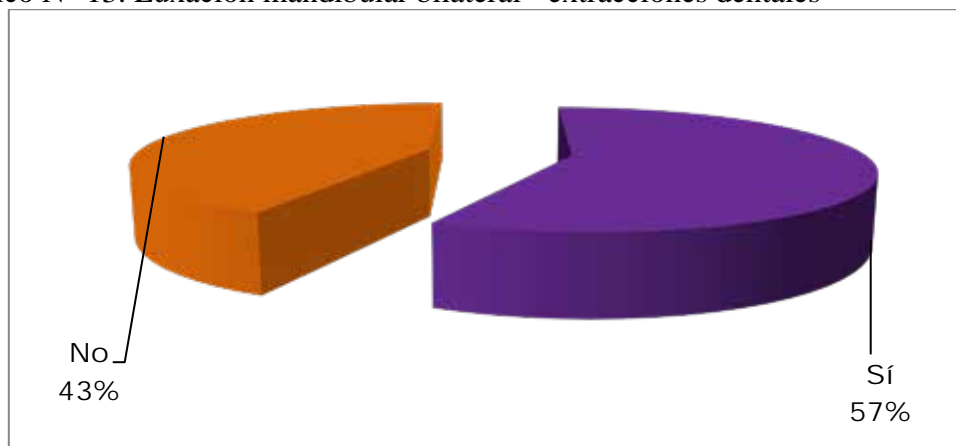
Tabla N° 14: Tratamientos odontológicos.

13-. ¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral es una complicación de las extracciones dentales?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	34	57%
No	26	43%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 13. Luxación mandibular bilateral - extracciones dentales



De los encuestados, 57% considera que sí, que las extracciones dentales pueden complicarse y provocar una luxación mandibular bilateral, por otra parte, 43% de esa muestra responde que no es correcta tal alegación. Una extracción dental es extraer un diente del alvéolo Cosme Gay (2004) plantea que una de las complicaciones de las extracciones dentales corresponde a las luxaciones mandibulares unilaterales o bilaterales cuando no se tienen los cuidados necesarios a la hora de ejercer fuerzas sobre la boca del paciente o se le mantiene por mucho tiempo abierta la boca y el paciente tiene antecedentes de luxación mandibular.

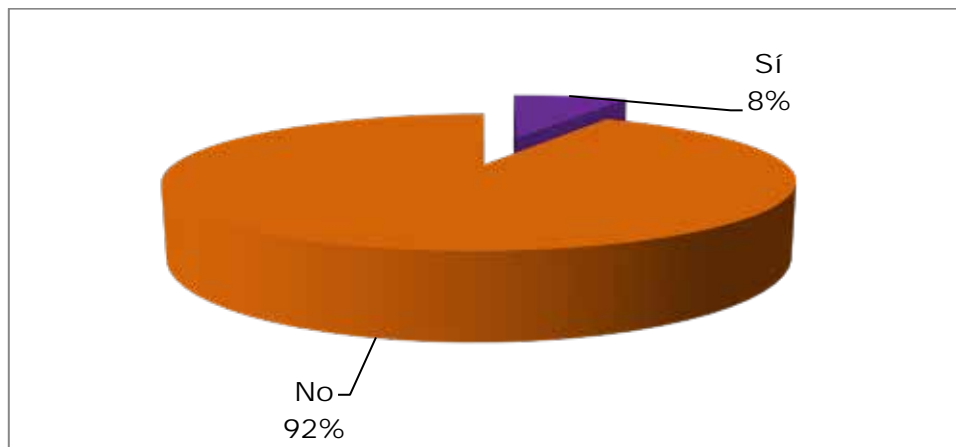
Tabla N° 15: Emergencia en la clínica.

14-. ¿Usted ha atendido a un paciente que haya presentado una emergencia de luxación mandibular bilateral en el área de cirugía?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	05	8%
No	55	92%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 14. Prestación de servicio a paciente con luxación mandibular bilateral



Los encuestados en su mayoría, es decir 92% responde que no, que no han atendido a un paciente que haya presentado una emergencia de luxación mandibular bilateral en el área de cirugía, sin embargo, 8% responde que sí. Lo que deja evidencia de que aunque no es una afección común, sí se presenta como emergencia odontológica durante los tratamientos.

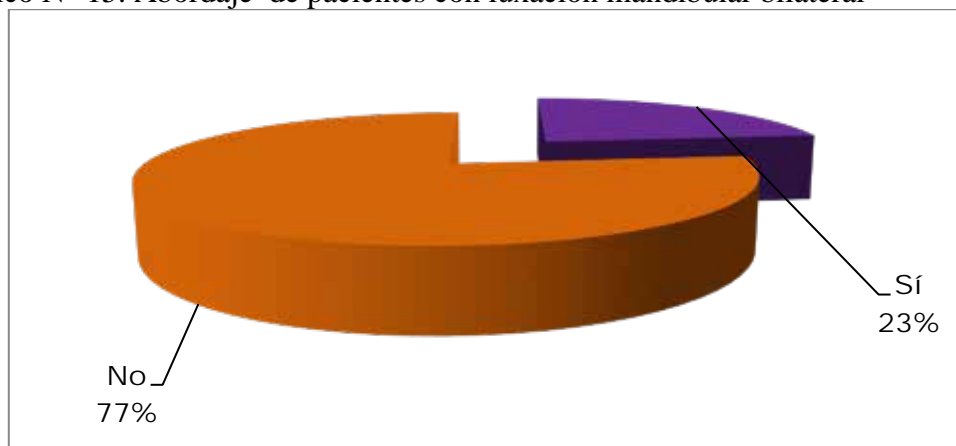
Tabla N° 16: Tratamientos/maniobras

15-. ¿Conoce usted como debe ser realizado el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	14	23%
No	46	77%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 15. Abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral



El 23% de los encuestados considera que sí, que sabe cómo abordar clínicamente a pacientes con luxación mandibular bilateral, mientras que 77% responde que no. Por lo que se deja claro la necesidad de una mayor capacitación en este aspecto de la odontología como profesional en formación.

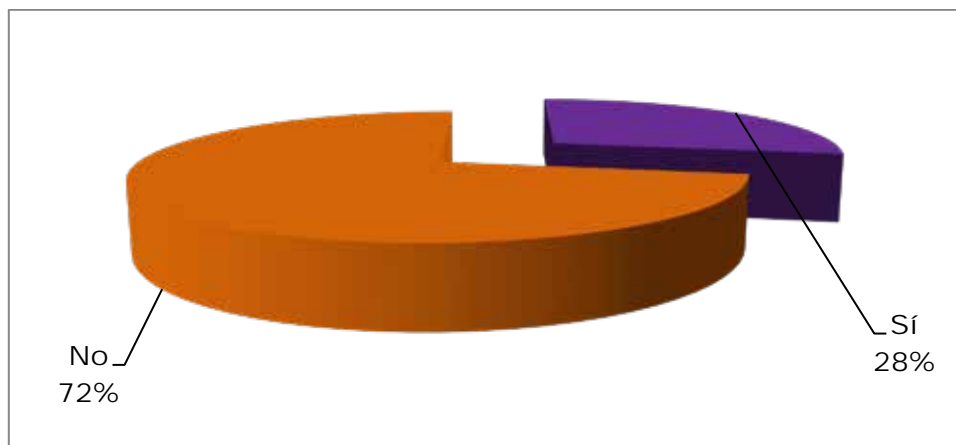
Tabla N° 17: Maniobra de Nelaton.

16-. ¿Cree usted que la maniobra de Nelaton es la indicada para una luxación mandibular bilateral aguda?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	28%
No	43	72%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 16. Maniobra de Nelaton indicada para luxación mandibular bilateral aguda



De la muestra del estudio se tiene que 28% responde de manera afirmativa al ítem, es decir que la maniobra de Nelaton es la indicada para una luxación mandibular bilateral aguda, por otra parte 73% considera que no. Se tiene que esta maniobra es un gesto simple, confiable, seguro, es el tratamiento adecuado en luxaciones bilaterales agudas y consiste en retener fuertemente la mandíbula con ambas manos y con los dedos pulgares dentro de la cavidad oral, apoyados sobre la región molar, direccionando hacia posterior y luego superior.

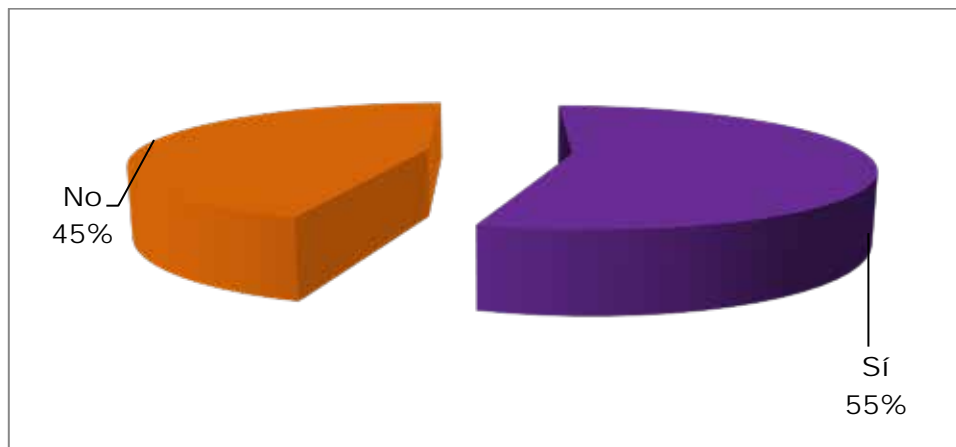
Tabla N° 18: Maniobra de Dupuis alteración aguda.

17-. ¿Cree usted que la maniobra de Dupuis es la indicada para una luxación mandibular bilateral aguda?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	18	30%
No	42	70%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 17. Maniobra de Dupuis indicada luxación mandibular bilateral aguda



De los encuestados el 55% responde que sí, que la maniobra de Dupuis es la indicada para una luxación mandibular bilateral aguda, mientras que 45% opina que es falso; se debe tener en cuenta que la maniobra de Dupuis es parecida a la de Nelaton, solo que se procede en luxaciones de tipo unilateral, es decir, aquellos casos donde la mandíbula se luxa de un solo lado

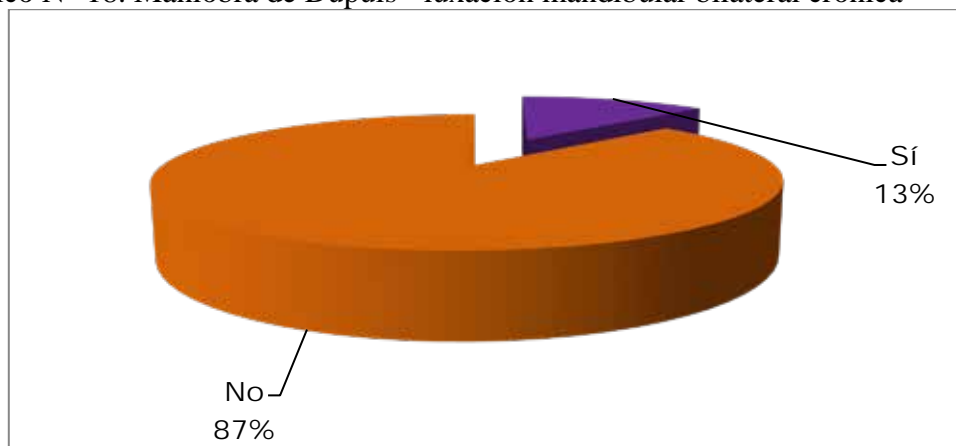
Tabla N° 19: Maniobra de Dupuis alteración crónica.

18-. ¿Cree usted que la maniobra de Dupuis es la indicada para una luxación mandibular bilateral crónica?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	08	13%
No	52	87%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 18. Maniobra de Dupuis - luxación mandibular bilateral crónica



La muestra en 13% considera que sí, que la maniobra de Dupuis es la indicada para una luxación mandibular bilateral crónica, mientras que 87% responde que no. Como se expuso en el ítem anterior esta técnica es para luxaciones unilaterales y únicamente en casos agudos.

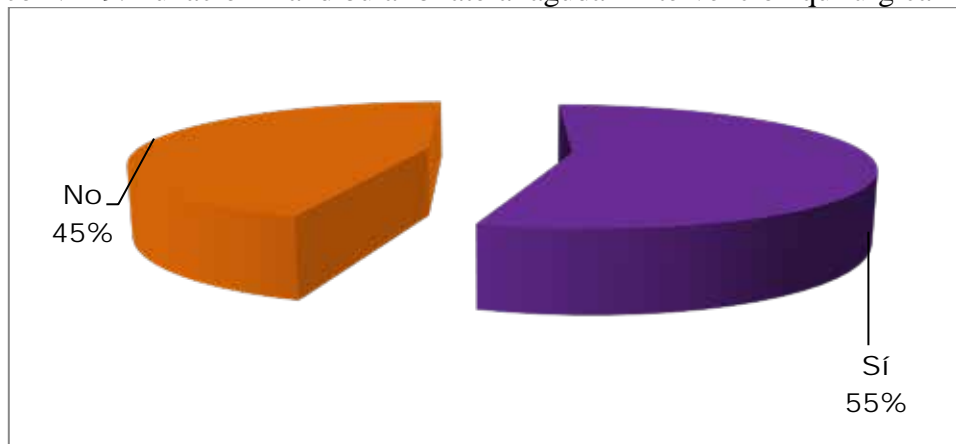
Tabla N° 20: Intervención quirúrgica.

19-. ¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral aguda requiere una intervención quirúrgica?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	33	55%
No	27	45%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 19. Luxación mandibular bilateral aguda - intervención quirúrgica



De los encuestados el 55% considera que sí, que la luxación mandibular bilateral aguda requiere una intervención quirúrgica, por otra parte 45% responde que no. Las luxaciones mandibulares agudas no son tan complejas por lo que el tratamiento son las maniobras dependiendo del caso, Nelaton cuando es bilateral y Dupuis cuando es unilateral.

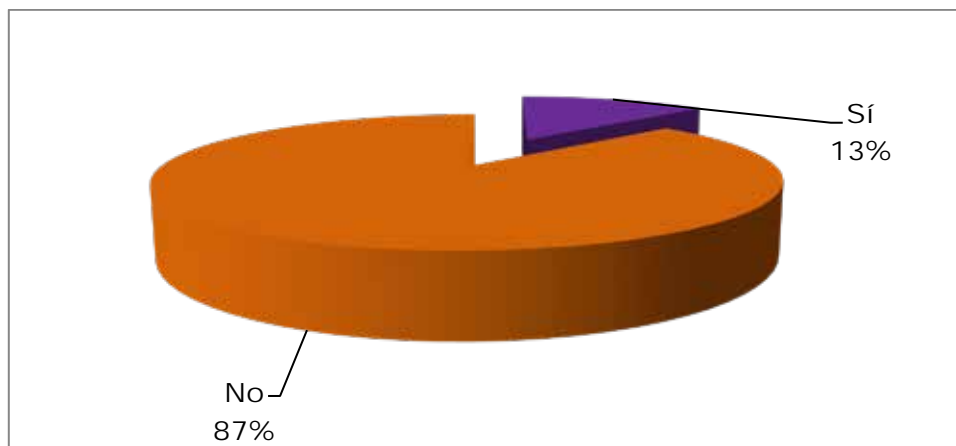
Tabla N° 21: Fármaco-terapia.

20-. ¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral aguda cede solamente con fármaco-terapia?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	08	13%
No	52	87%
Total	60	100%

Fuente: Hurtado y Rivero (2017)

Gráfico N° 20. Luxación mandibular bilateral aguda - fármaco-terapia



De la muestra tomada para el estudio, el 13% considera que sí, que la luxación mandibular bilateral aguda cede solamente con fármaco-terapia, sin embargo 87% de estos mismos encuestados responde que no. La luxación mandibular bilateral requiere de su maniobra correspondiente para devolver la mandíbula a su lugar recuperando la relación anatómica entre los componentes de la ATM, en aquellos casos donde el paciente no tolera el dolor se indica farmacología como tratamiento complementario.

DISCUSIÓN

Según Cosme Gay Escoda (2004) La luxación es la pérdida de la relación entre los componentes de una articulación no auto-reducible (desplazamiento que no puede auto-reducirse) del cóndilo mandibular respecto a la fosa glenoidea. Si se produce una luxación el cóndilo mandibular se desplaza más allá de la eminencia articular anterior y a menudo se impacta en la fosa infra-temporal por delante de aquella y no puede entrar de nuevo en la fosa glenoidea hasta que se reduzca la luxación. Lo cual se consigue con la maniobra de Nelaton; cuando es una luxación bilateral o Dupuis; cuando es unilateral.

Nuestros resultados dejan claro la importancia del tratamiento fármaco terapéutico de la luxación mandibular bilateral, asemejado a lo que expone Gay (2004) al señalar que la odontología debe cubrir el diagnóstico y tratamiento de las diversas enfermedades y traumatismo que puedan afectar articulaciones temporo-mandibulares.

El hecho de que los encuestados (92%) presenten deficiencias acerca de la luxación mandibular bilateral demuestra una debilidad en el contenido programático dentro de la institución universitaria.

Es necesaria una buena preparación en el tema para que los estudiantes presenten en sí mismos la confianza para atender dicha afección dentro y fuera de la Universidad José Antonio Páez.

Aunque se reconoce que no es una afección bucal tan común, si se presenta en recintos odontológicos; y se visualiza cuando los encuestados (8% de ellos), responde que sí se presentó dicha afección en el área de cirugía. Con respecto al tratamiento de la luxación mandibular bilateral, en la literatura se plantea la maniobra que puede aplicarse para corregir dicha luxación; sin embargo también deja claro que en casos crónicos no es suficiente ni adecuada una maniobra, por lo que debe hacerse una intervención quirúrgica para corregir de manera definitiva la dificultad presentada por el paciente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Este apartado viene a ser de importancia, se presenta en forma resumida los resultados del análisis realizado en la investigación, derivado del tratamiento de los datos y de las interrogantes planteadas. Para su presentación, señalan Palella y Martins (2010) “debe estar organizada en función de los objetivos específicos, según el número de objetivos específicos, como mínimo, serán las partes que contengan las conclusiones” (p. 191).

Por ello tomando en cuenta el primer objetivo sobre el diagnóstico de la necesidad de diseñar un manual didáctico para el abordaje de pacientes que presenten una luxación mandibular bilateral, se tiene que dentro de la institución universitaria; específicamente el área de cirugía, existe una deficiencia para tal tema. Puesto que, los estudiantes que participaron en el estudio no estaban seguros ni siquiera del origen de la afección y si esta es patológica o no, lo que evidenció que no se tiene certeza sobre el tema; esto va a influir en un diagnóstico y tratamiento efectivo.

La factibilidad de proponer un manual didáctico para el aprendizaje de los estudiantes de odontología acerca de la luxación mandibular bilateral es viable, pues según la entrevista dada por una docente se considera apropiada la opción de elaborar un manual que contenga esta información, el mismo debe ser proporcionado de manera física para mayor utilidad.

Se evidencia que los estudiantes deben profundizar más en el aprendizaje de la luxación mandibular bilateral, incluso algunos conocen las técnicas manuales, pero no están claros cuando aplicarlas, por ejemplo el 55% considera que la maniobra de Dupuis es la indicada para una luxación mandibular bilateral aguda, cuando los textos odontológicos dejan claro que solo se aplica cuando es una luxación de tipo unilateral y para las luxaciones de tipo bilateral la maniobra adecuada es la de Nelaton.

Recomendaciones

A la Universidad

Formar equipos de trabajo que determine las deficiencias existentes en los estudiantes y fomente el diseño de manuales que contribuya al aprendizaje didáctico de diferentes afecciones a ser atendidas por profesionales en odontología.

Estudiar el diseño que se presenta en el siguiente trabajo de investigación.

A los estudiantes

Motivarse a ampliar sus conocimientos sobre la luxación mandibular bilateral tanto en semestres anteriores como en semestres posteriores para tener las debidas consideraciones a la hora de atender pacientes en el área de cirugía, ya que, como se plantea en los textos, la luxación mandibular bilateral es una complicación de las extracciones dentales.

CAPÍTULO V

LA PROPUESTA

Presentación

La educación, aprendizaje o construcción de saberes, es un proceso fundamental en la vida de los hombres, implica aprender y desaprender constantemente. Para esto se tiene una variedad de recursos y estrategias que facilitan y producen la adquisición de saberes. Por ello, las instituciones educativas permiten el acceso a materiales didácticos para que los docentes o instructores den uso de los mismos, de modo que se propicie una educación más dinámica y eficaz. De esta manera, la implementación de dichos materiales en los procesos educativos, conlleva una transmisión de conocimientos. Dinámica que le permite al estudiante interactuar con lo aprendido y fortalecerlo mediante la investigación y el estudio.

Tomando en cuenta lo esencial de la enseñanza en las diferentes ramas del saber, las instituciones deberían disponer de manuales o recursos didácticos que les permita enseñar todo lo relacionado con el área de profesión de cualquiera de las carreras que sean impartidas en cualquier institución. La pedagogía actual cuenta con una diversidad de elementos didácticos para poner al servicio de la docencia en la transmisión de los nuevos saberes; sin embargo, es evidente la carencia de estos elementos en la labor educativa, debido a que las prácticas pedagógicas que generan los docentes están enraizadas en modelos pedagógicos de corte tradicional, carentes de innovación y realidad.

La odontología es la rama de las ciencias de la salud que se encarga del estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de los dientes y, en general, de aquellas que afectan al aparato estomatognático. Por lo que se debe estar preparado para realizar las actividades mencionadas. Por lo que su aprendizaje no solo debe basarse en material teórico, sino ir acompañado con preceptos prácticos que generan experiencia y habilidad al momento de ejercer la carrera como profesional.

Es debido a la necesidad de ser didáctico y actual que se presenta la siguiente propuesta, dirigida al hecho de profundizar saberes en los estudiantes de odontología en aquellas afecciones pocos comunes, pero sí existentes en la dinámica profesional. Específicamente se alude al tema luxación mandibular bilateral, pues, dentro del programa de carrera de la Universidad José Antonio Páez, se encontró una deficiencia relacionada al tema antes mencionado, generando que los estudiantes de 6^{to} y 7^{mo} semestre no se sienten preparados para hacer frente a un paciente que presente esta afección de forma aguda, que para tales casos se efectúa la maniobra de Nelaton.

Por ende, el presente trabajo de investigación se centra en presentar el diseño de un manual didáctico que contribuya al aprendizaje de la afección y el tratamiento adecuado.

Objetivo general

Diseño de un manual didáctico para ampliar los conocimientos de los estudiantes de 6to y 7mo semestre sobre el abordaje de pacientes que presenten una luxación mandibular bilateral en el área de cirugía.

Objetivos específicos

-Fomentar por medio de un manual didáctico la técnica de la luxación mandibular bilateral para mejorar las deficiencias existentes en el área de cirugía acerca del tema.

-Ampliar los conocimientos de los estudiantes de 6to y 7mo semestre sobre la luxación mandibular bilateral

Todo ello con la intención de que los estudiantes ahonden en el tema de la luxación mandibular bilateral y mejorar las deficiencias existentes tanto en los estudiantes como en el programa teórico de la institución brindando un material de apoyo de fácil acceso y que sea de utilidad para ambas partes.

Justificación

Un material didáctico es un instrumento que facilita la enseñanza y el aprendizaje a través de distintas características que despiertan el interés en el estudiante y facilitan la labor del docente por ser sencillo, consistente y adecuado a los contenidos. Por ende, es de suma importancia que al momento de desarrollar un material didáctico, el mismo reúna todos los medios y recursos necesarios para responder a las necesidades del usuario, convirtiéndose en un método de enseñanza útil y práctico.

El material didáctico tiene como objetivo actuar como un facilitador en el proceso de aprendizaje y debe presentarse al usuario como algo innovador que despierte su interés, fácil de usar y útil. Estos materiales suelen emplearse para facilitar la adquisición de conceptos, habilidades, actitudes y destrezas mediante la creación de nuevas metodologías, materiales y técnicas que simplifiquen la adquisición de conocimientos y habilidades que sean útiles y aplicables en la vida personal, académica y profesional.

Un manual didáctico sobre diagnóstico y tratamiento de la luxación mandibular bilateral permite guiar el aprendizaje de una manera más creativa. El contenido que el material contenga es de suma importancia ya que debe estar ligado a lo que se está trabajando paralelamente en la institución. El material didáctico funciona como un material de apoyo que aporta directamente en el aprendizaje en conjunto.

Es por ello, la razón de un manual didáctico para el área de cirugía que fomente el aprendizaje de cómo tratar la luxación mandibular bilateral aguda, generará ventajas en primer lugar para los estudiantes, el mismo contribuirá a una preparación más completa e idónea; se tendrá conocimiento de cómo tratar a un paciente que llegue con esta afección y se estará en capacidad de presentar un tratamiento ideal para su recuperación.

Para los docentes, es una herramienta que contribuye a organizar el aprendizaje de forma coherente, buscando oportunidades que fomente el uso de lo aprendido,

además que contribuye a la investigación y actualización del conocimiento, se fomenta en el docente el carácter innovador. Para la Universidad, expande la calidad de la educación que imparte y puede capacitar de manera óptima a sus estudiantes.

Fundamentación

El manual que se propone busca ampliar el conocimiento de los estudiantes de odontología de 6to y 7mo semestre cursantes de cirugía sobre el tema de luxación mandibular bilateral, puesto que, el análisis de los resultados obtenidos en las encuestas resaltan la deficiencia de los estudiantes para el manejo de dicho tema. La falla viene dada, ya que, en la institución no se hace mucho énfasis en el tema de luxación mandibular bilateral. Es necesario ahondar en el tema tratado porque esta afección aunque no se da muy a menudo, si existe, y en cualquier momento de la carrera sea dentro o fuera de la institución podemos encontrarnos con estos casos y es parte de nuestra responsabilidad como futuros odontólogos saber abordarla.

Factibilidad

El diseño del manual es factible puesto que, de acuerdo a una entrevista realizada a una docente del área de cirugía se constató que la luxación mandibular bilateral no es un tema en el que se hace mucho énfasis, son notorias las fallas que presentan los estudiantes de 6to y 7mo semestre cursantes de cirugía acerca del tema, por lo que un manual didáctico para el área de cirugía va a facilitar la adquisición de conocimientos. No es un tema demasiado elaborado puesto que su complejidad no es tanta y será accesible económicamente para los estudiantes en forma impresa, además, contarán con un pendón disponible en el área de cirugía.

La propuesta

Estructura del manual.

El diseño del manual didáctico que se presenta va a constar de cinco (5) partes o estructuras. Las cuales van a contener imágenes para el fácil entendimiento de los estudiantes y teoría.

Estructura I: La portada del manual. Esta va a constar con los siguientes elementos:

*Nombre de la Institución - Universidad José Antonio Páez y su respectivo logo.

*Título del manual – manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral.

*Imagen que vaya en relación al título antes mencionado

*En la parte inferior Año de presentación – 2017.

Estructura II: Introducción

Estructura III: Va a constar de cuatro (4) etapas.

*Etapa 1: Sistema masticatorio: Donde se detallan los componentes óseos principales del sistema masticatorio. En esa misma etapa llevará una imagen a mostrarse más adelante.

*Etapa 2: Articulación temporo-mandibular; su definición y componentes. Etapa que va a constar también de imágenes.

*Etapa 3: Luxación mandibular bilateral. Con su respectiva imagen

*Etapa 4: Luxación mandibular como complicación quirúrgica (Exodoncias).

Respectivas imágenes.

-Signos y síntomas que presenta el paciente

-Tratamiento/ maniobra/farmacéutico.

Estructura IV: Va a constar de un cuestionario para ser llenado al final del estudio del tema.

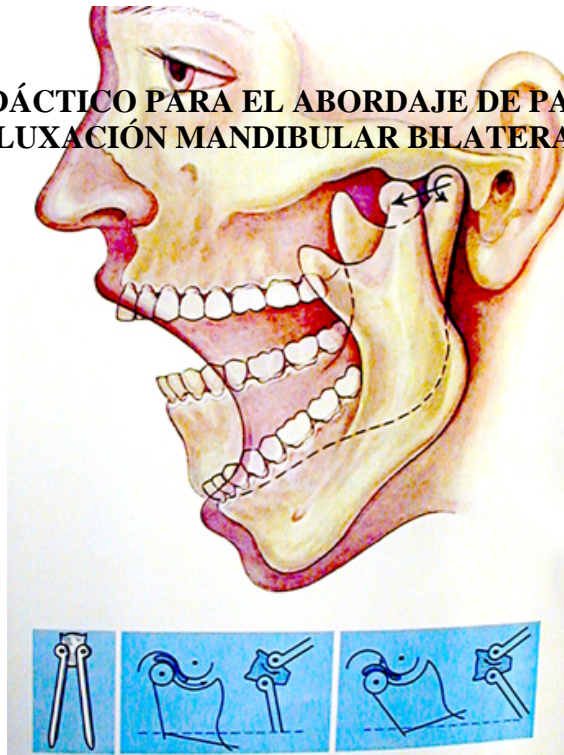
Estructura V: Quinta y última estructura del manual que va a constar de un pendón para el área de cirugía, va a contener teoría y también imágenes.

Diseño del manual



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

MANUAL DIDÁCTICO PARA EL ABORDAJE DE PACIENTES CON LUXACIÓN MANDIBULAR BILATERAL



San Diego, Noviembre 2017

INTRODUCCIÓN

La odontología es una ciencia médica que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático, formado por un conjunto de órganos y tejidos que se encuentran en la cavidad oral y en parte del cráneo, cara y cuello

Según Cosme Gay Escoda (2004), la cirugía bucal es definida por las principales entidades académicas y corporativas norteamericanas (EEUU) como: “Parte de la odontología que trata del diagnóstico y tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes”. (p. 1)

Cabe destacar, que uno de los principales tratamientos realizados por el especialista en cirugía bucal es la exodoncia, la cual es definida según Cosme Gay Escoda (2004) como: “La maniobra cuyo fin es separar la articulación alveolo-dentaria formada por encía, hueso, diente y periodonto desgarrando este último en su totalidad”. (p. 199) La exodoncia ideal es la extirpación total del diente o de la raíz dentaria sin dolor y con el mínimo daño de los tejidos circundantes.

Vinculado al concepto anterior las fuerzas aplicadas en las exodoncias para luxar y extraer el diente del alveolo pueden ocasionar problemas en las articulaciones temporo-mandibulares (ATM). Según J Okeson (2003), se tiene que:

La articulación temporo-mandibular es el área en la que se produce la conexión cráneo mandibular, permitiendo el movimiento de bisagra y puede considerarse una articulación gínglimoide, al mismo tiempo permite movimientos de deslizamiento, lo cual la clasifica como una articulación artrodial considerándose entonces una articulación gínglimoartrodial. (p. 8)

La ATM está formada principalmente por el cóndilo mandibular que se ajusta en la fosa mandibular del hueso temporal, estos dos huesos están separados por un disco articular que evita la articulación directa. Al igual que en cualquier otro sistema articular los ligamentos desempeñan un papel importante en la protección de las

estructuras, dichos ligamentos pueden estirarse si se aplica una fuerza de extensión ya sea bruscamente o a lo largo de un período de tiempo prolongado, provocando así una alteración en la función articular.

Con relación a las alteraciones que se pueden presentar en la ATM una de gran importancia es la luxación mandibular bilateral, los pacientes que presentan este tipo de alteración con frecuencia referirán que la mandíbula se le sale, puesto que se produce una pérdida de la relación entre los componentes de una articulación no auto-reducible. Okeson (2003), señala:

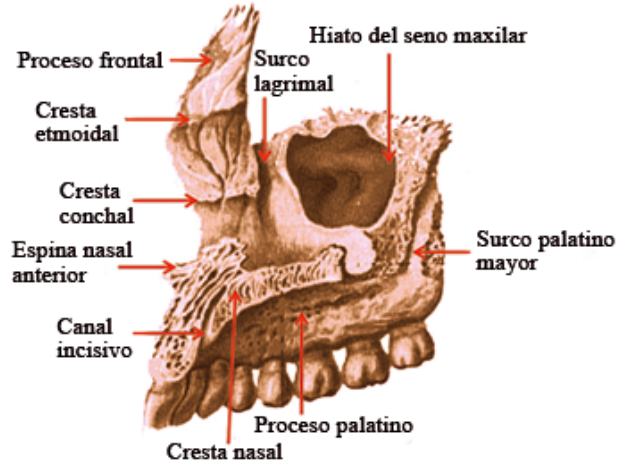
Esto ocurre sin que exista ningún trastorno patológico que lo ocasione, lo que sucede es que si la eminencia articular presenta una pendiente posterior corta e inclinada seguida de una pendiente anterior más larga y que con frecuencia es más alta que la cresta se va a presentar dicha alteración. (p. 351)

La luxación puede ser unilateral o bilateral. En algunos casos se presenta de forma aguda por apertura amplia y prolongada de la boca durante los tratamientos odontológicos, pero en otros casos se puede presentar de forma crónica o recidivante la cual es susceptible de tratamiento quirúrgico. Esta problemática se maneja mediante la maniobra de Nelaton con la cual se consigue llevar el cóndilo a su lugar.

Sistema masticatorio

Componentes esqueléticos: Hay tres componentes esqueléticos principales que forman el sistema masticatorio 1) el maxilar, 2) la mandíbula, y 3) el hueso temporal. Los maxilares soportan los dientes y el hueso temporal soporta el maxilar inferior a través de su articulación.

-El Maxilar: Michel Latarjet y Alfredo Ruíz (2004) Hueso par que participa en la constitución de la cavidad orbitaria, de la bóveda palatina, de las cavidades nasales y de la fosa infra-temporal (fosas cigomáticas y pterigomaxilar), constituye la pieza principal del macizo facial. Un proceso horizontal une al maxilar de un lado con su homónimo opuesto, formando el paladar óseo (bóveda palatina). El maxilar presenta un arco lleno de alvéolos donde se fijan los dientes superiores.



-La mandíbula es un hueso en forma de U que sostiene los dientes inferiores y constituye el esqueleto facial inferior. No dispone de fijaciones óseas al cráneo. Está suspendida y unida al maxilar mediante músculos y ligamentos y otros tejidos blandos que le proporcionan la movilidad necesaria para su función con el maxilar. La parte superior de la mandíbula consta del espacio alveolar y los dientes. El cuerpo de la mandíbula se extiende en dirección postero-inferior para formar el ángulo mandibular y en dirección postero-superior para formar la rama ascendente. Esta está formada por una

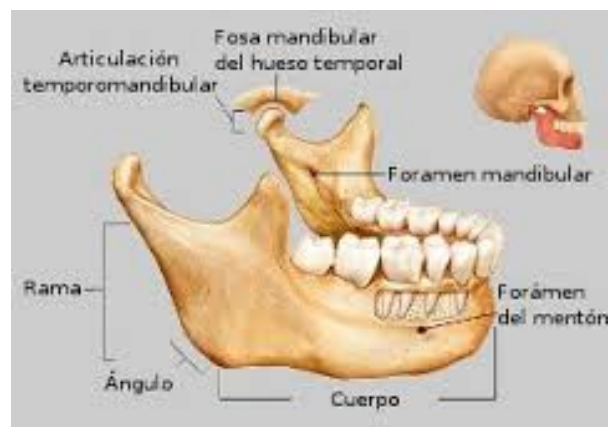


lámina vertical del hueso que se extiende hacia arriba en forma de dos apófisis. La anterior es la coronóides y la posterior el cóndilo.

El hueso temporal:

Según Michel Latarjet y Alfredo Ruíz (2004) el hueso temporal es un hueso par situado en la parte lateral media e inferior del cráneo, a este hueso se articula el cóndilo mandibular en su porción escamosa, ésta presenta en su cara inferior de

atrás hacia adelante la fosa mandibular de forma cóncava (cavidad glenoidea o articular).

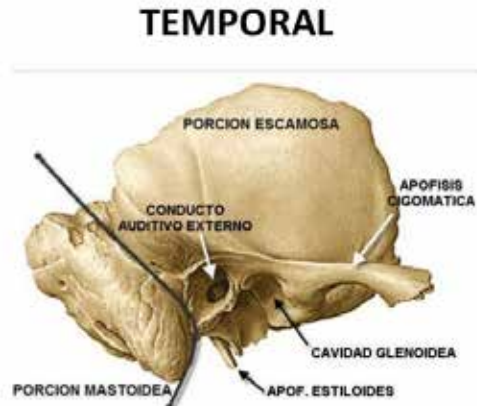
Por detrás de la fosa mandibular se encuentra la cisura escamo timpánica, que se extiende en sentido medio-lateral. En su extensión medial, esta cisura se divide en petro-escamosa en la parte anterior y petro-timpánica en la parte posterior. Justo delante de la fosa se encuentra una prominencia ósea convexa denominada eminencia articular.

Articulación temporo-mandibular

David Magee (2008) define la articulación temporo-mandibular como “una articulación tipo bisagra, sinovial y condilar, con superficies fibrocartilaginosas y un disco articular que divide cada articulación en dos cavidades”. (p. 70).

Componentes de la ATM

J Okeson (2003) La ATM está formada por el cóndilo mandibular que se ajusta en la fosa mandibular del hueso temporal. Estos dos huesos están separados por un disco articular que evita la articulación directa. La ATM se clasifica como una articulación compuesta, ya que requiere la presencia de al menos tres huesos, a pesar



de que la ATM solo está formada por dos, funcionalmente el disco articular actúa como un hueso sin osificar que permite los movimientos complejos de la articulación.

El disco articular está formado por un tejido conjuntivo fibroso y denso desprovisto de vasos sanguíneos o fibras nerviosas, Sin embargo, la zona más periférica del disco articular es ligeramente inervada. En la articulación normal, la superficie articular del cóndilo está situada en la zona intermedia del disco, limitada por regiones anterior y posterior que son más gruesas. El disco es flexible y puede adaptarse a las exigencias funcionales de las superficies articulares sin que se altere su morfología a menos que se produzcan fuerzas destructoras o cambios estructurales en la articulación, en ese caso la morfología del disco puede alterarse de manera irreversible.

Líquido sinovial: Tiene dos finalidades, dado a que las superficies de la articulación son avasculares, este actúa como medio para el aporte de las necesidades metabólicas de estos tejidos. El líquido sinovial también sirve como lubricante entre las superficies articulares del disco, el cóndilo y la fosa, ello consigue que el roce durante el movimiento se reduzca al mínimo.

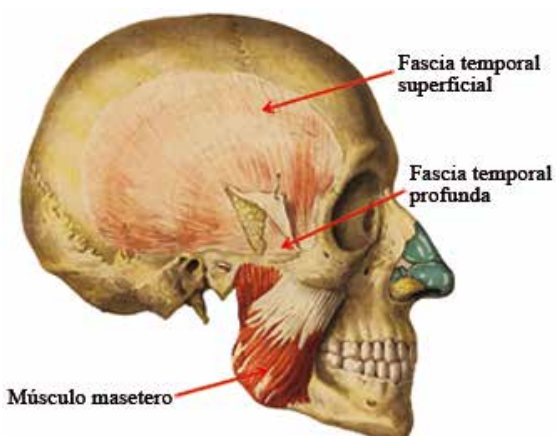
Músculos masticatorios:

-Músculo masetero: Se encarga de la elevación de la mandíbula

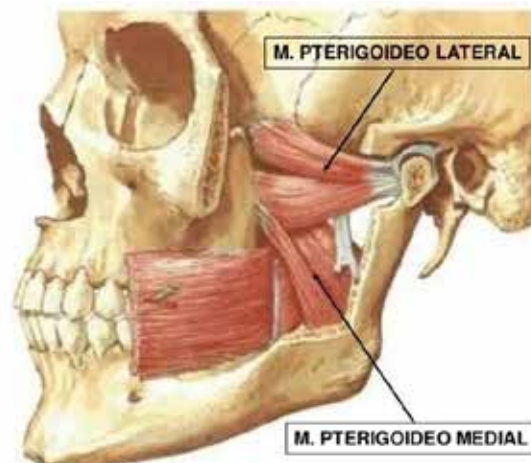
-Músculo temporal: Eleva y retrae la mandíbula

-Músculo pterigoideo medial: Se encarga de la elevación de la mandíbula y Contribuye igualmente, junto al músculo pterigoideo lateral, a la propulsión de la mandíbula.

-Músculo pterigoideo lateral: Principal músculo propulsor de la mandíbula



64

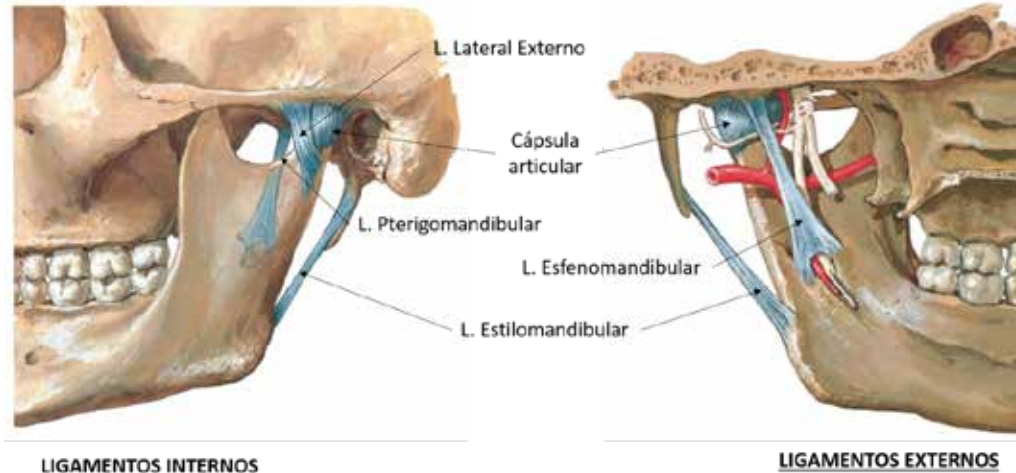


Ligamentos de la ATM

Los ligamentos no intervienen activamente en la función de la articulación, sino que constituyen dispositivos de limitación pasiva para restringir el movimiento articular.

La ATM tiene tres ligamentos funcionales de sostén:

- Ligamentos colaterales o discales
- Ligamento capsular
- Ligamento temporo-mandibular

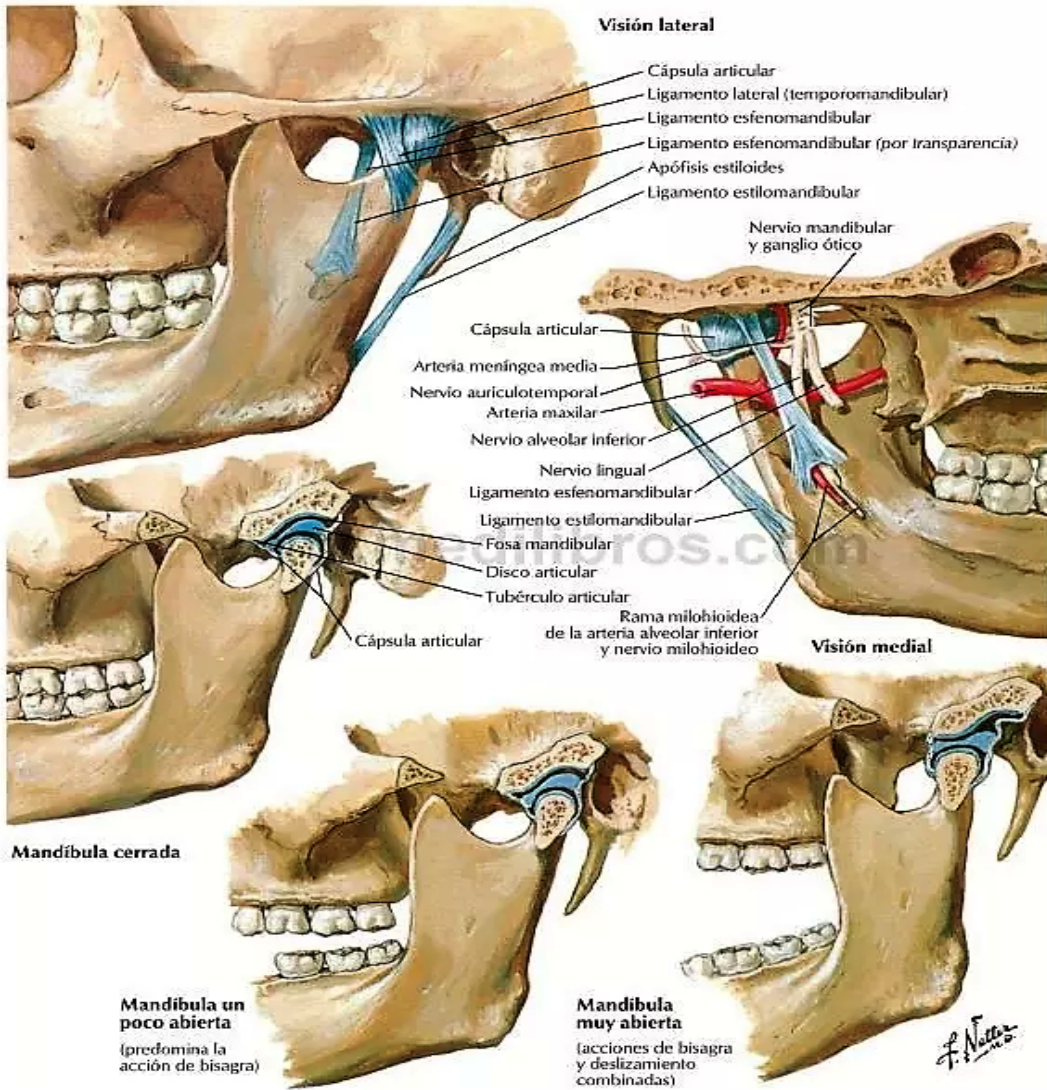


Existen además dos Ligamentos accesorios:

- Ligamento esfeno-mandibular
- Ligamento estilo-mandibular

Inervación de la articulación

Como en cualquier otra articulación, la ATM está inervada por el mismo nervio responsable de la inervación motora y sensitiva de los músculos que la controlan (el nervio trigémino). La inervación depende de la rama del nervio mandibular, la mayor parte de la inervación proviene del nervio aurículo-temporal, que se separa del mandibular por detrás de la articulación y asciende lateral y superiormente envolviendo la región posterior de la articulación. Los nervios masetero y temporal profundo aportan el resto de la inervación

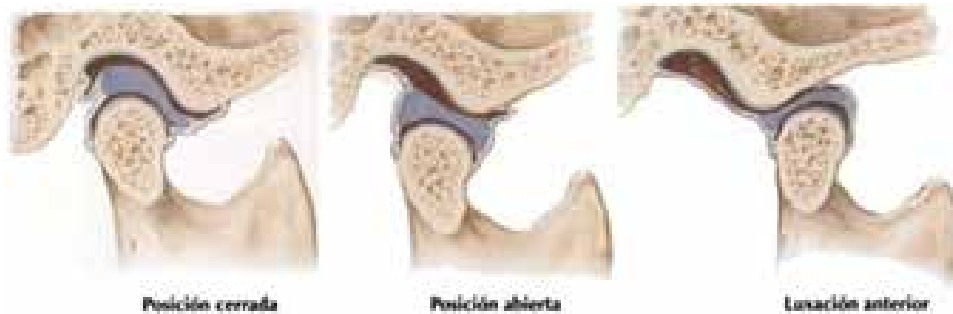


Luxación mandibular

Cosme Gay Escoda (2004) La luxación es la pérdida de la relación entre los componentes de una articulación no auto-reducible (desplazamiento que no puede auto-reducirse) del cóndilo mandibular respecto a la fosa glenoidea. Si se produce una luxación el cóndilo mandibular se desplaza más allá de la eminencia articular anterior y a menudo se impacta en la fosa infra-temporal por delante de aquella y no puede entrar de nuevo en la fosa glenoidea hasta que se reduzca la luxación.

Los pacientes con hiperlaxitud ligamentosa tienen una mayor predisposición a padecer este tipo de luxaciones por este motivo se presenta mayormente en mujeres. Pacientes que están tomando medicaciones con efectos extra-piramidales (trastornos del movimiento) por ejemplo: Fenotiacinas y tranquilizantes mayores pueden tener una mayor predisposición a padecer una luxación mandibular. La luxación puede ser unilateral o bilateral. En algunos casos se presenta de forma aguda por apertura

amplia y prolongada de la boca durante los



tratamientos odontológicos, pero en otros casos se puede presentar de forma crónica o recidivante la cual es susceptible de tratamiento quirúrgico.

Luxación mandibular como complicación quirúrgica (exodoncia)

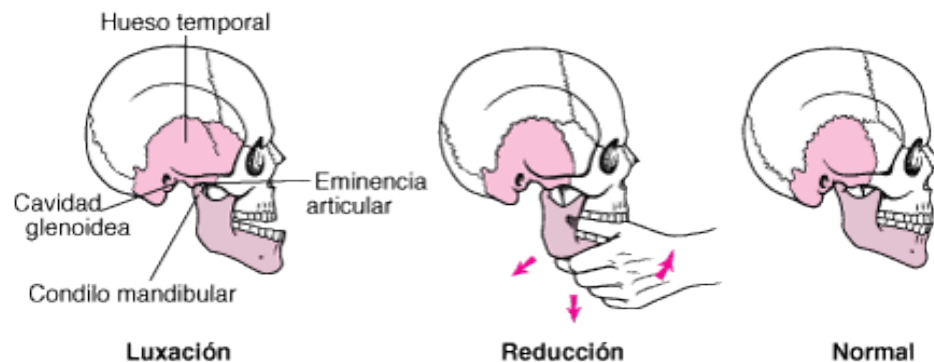
En las extracciones de dientes inferiores que pueden ser largas o dificultosas puede prevenirse la luxación de la ATM manteniendo la mandíbula sostenida con la mano izquierda. La luxación anterior bilateral origina la protrusión de la mandíbula con apertura excesiva de la boca, el mentón se dirige hacia abajo y hacia delante. Los pacientes experimentan dolor y dificultad para comer, deglutir y hablar. A menudo presentan pánico y sialorrea (también llamada hipersalivación o ptialismo, condición

médica caracterizada por babeo o producción excesiva de saliva). Cabe destacar que si la luxación es unilateral la mandíbula se desvía hacia el lado no afectado.

La luxación mandibular aguda puede ser tratada por reducción manual (maniobra de Nelaton o de Dupuis). Ello se facilita con la administración de relajantes musculares, infiltración peri-articular anestésica o sedantes. La mefenesina es el prototipo de la mayoría de los relajantes de la musculatura esquelética oral, entre los que se incluyen los propanedíoles como por ejemplo carisoprodol, metocarbamol y clorzoxazona y los anestésicos locales utilizados con mayor frecuencia son lidocaína al 2% y mepivacaína al 3%.

En los casos de luxación mandibular bilateral bloqueada se realiza la maniobra de Nelaton: Se coloca al paciente sentado en un asiento bajo y con la cabeza bien apoyada; el odontólogo se sitúa delante del paciente y con los dedos pulgares introducidos en el interior de la boca sobre la región molar de la mandíbula, se hace fuerza hacia abajo; los otros dedos, cogen extra-bucalmente las ramas horizontales de la mandíbula y las desplaza hacia abajo y hacia atrás.

En un primer movimiento se intenta realizar el descenso de la sínfisis; este movimiento de descenso forzado exagera la apertura bucal y permite suavizar parcialmente la contractura mandibular. En un segundo movimiento se hace la repulsión y descenso de la rama ascendente mandibular (movimiento de rotación hacia atrás); con lo que se logra la reubicación de la cabeza del cóndilo mandibular en la fosa glenoidea. Se debe advertir al paciente que durante los próximos días no abra en exceso la boca ni bostece ya que se podría repetir la luxación.



Cuestionario

-El hueso temporal está situado en la parte lateral media e inferior del cráneo. V
() F ()

-El disco articular está desprovisto de vasos sanguíneos o fibras nerviosas, Sin embargo, la zona más periférica del disco articular es ligeramente inervada.
V () F ()

-Funcionalmente el disco articular actúa como un hueso sin osificar que permite los movimientos complejos de la articulación. V () F ()

-El hueso maxilar participa en la constitución de la cavidad orbitaria, de la bóveda palatina, de las cavidades nasales y de la fosa infra-temporal (fosas cigomáticas y pterigomaxilar). V () F ()

-La luxación es la pérdida de la relación entre los componentes de una articulación no auto-reducible. V () F ()

-El cóndilo mandibular y la fosa mandibular del hueso temporal están separadas por _____

-El líquido sinovial tiene dos finalidades: Actúa como medio para el aporte de _____ y también sirve como _____

-La luxación mandibular bilateral aguda puede ser tratada mediante _____

-La sialorrea se conoce como _____

-La luxación puede ser _____ o _____

-Describe brevemente como debe ser realizada la maniobra de Nelaton.

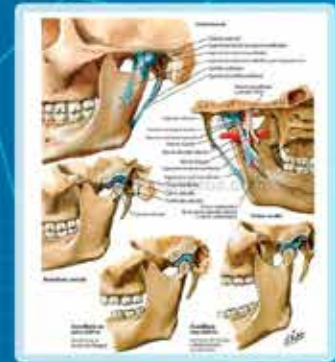
ATM | ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR

David Magee (2008) define la articulación temporo-mandibular como "una articulación tipo bisagra, sinovial y condilar, con superficies fibrocartilaginosas y un disco articular que divide cada articulación en dos cavidades".

La **ATM** está formada por el cóndilo mandibular que se ajusta en la fosa mandibular del hueso temporal. Estos dos huesos están separados por un disco articular que evita la articulación directa.

El disco articular está formado por un tejido conjuntivo fibroso y denso desprovisto de vasos sanguíneos o fibras nerviosas. Sin embargo, la zona más periférica del disco articular es ligeramente inervada. En la articulación normal, la superficie articular del cóndilo está situado en la zona intermedia del disco, limitada por regiones anterior y posterior que son más gruesas.

El disco es flexible y puede adaptarse a las exigencias funcionales de las superficies articulares sin que se altere su morfología a menos que se produzcan fuerzas destructoras o cambios estructurales en la articulación, en ese caso la morfología del disco puede alterarse de manera irreversible.



LÍQUIDO SINOVIAL

Tiene dos finalidades, dado a que las superficies de la articulación son avasculares, este actúa como medio para el aporte de las necesidades metabólicas de estos tejidos.

MÚSCULOS MASTICATORIOS

MUSCULO MASETERO

Se encarga de la elevación de la mandíbula.

MUSCULO TEMPORAL

Eleva y retrae la mandíbula.

MUSCULO PTERIGOIDEO MEDIAL

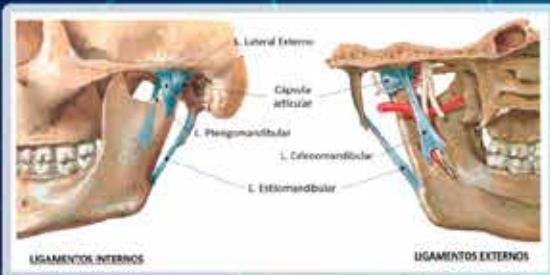
Se encarga de la elevación de la mandíbula y contribuye igualmente, junto al músculo pterigoideo lateral, a la propulsión de la mandíbula.

MUSCULO PTERIGOIDEO LATERAL

Principal músculo propulsor de la mandíbula.

INERVIACIÓN DE LA ARTICULACIÓN

- 1 El nervio trigémino.
- 2 El nervio aurículo-temporal.



LIGAMENTOS DE LA ATM

Los ligamentos no intervienen activamente en la función de la articulación, sino que constituyen dispositivos de limitación pasiva para restringir el movimiento articular.

La **ATM** tiene tres ligamentos funcionales de sostén:

- Ligamentos Colaterales o discales
 - Ligamentos Capsular
 - Ligamentos Temporo-mandibular
 - Ligamento Eseno-mandibular
 - Ligamento Estilo-mandibular
- Existen además dos Ligamentos accesorios

VASCULARIZACIÓN DE LA ATM

- La arteria temporal superficial
- La arteria meníngea media
- La arteria maxilar interna
- La arteria auricular profunda
- La arteria timpánica anterior
- La arteria alveolar inferior

LUXACIÓN MANDIBULAR



La luxación es la pérdida de la relación entre los componentes de una articulación no auto-reducible (desplazamiento que no puede auto-reducirse) del cóndilo mandibular respecto a la fosa glenoidea.

Si se produce una luxación el cóndilo mandibular se desplaza más allá de la eminencia articular anterior y a menudo se impacta en la fosa infra-temporal por delante de aquella y no puede entrar de nuevo en la fosa glenoidea hasta que se reduzca la luxación.

EXODONCIA

Luxación mandibular como complicación quirúrgica



En las extracciones de dientes inferiores que pueden ser largas o dificultosas puede prevenirse la luxación de la ATM manteniendo la mandíbula sostenida con la mano izquierda. La luxación anterior bilateral origina:

- Protrusión de la mandíbula con apertura excesiva de la boca.
- El mentón se dirige hacia abajo y hacia delante.
- Los pacientes experimentan dolor y dificultad para comer, deglutir y hablar.
- A menudo presentan pánico y sialorrea también llamada hipersalivación o ptialismo.



TRATAMIENTO

La luxación mandibular bilateral aguda puede ser tratada por reducción manual (maniobra de Nelaton). Ello se facilita con la administración de relajantes musculares, infiltración peri-articular anestésica o sedantes.

La mefenesina es el prototipo de la mayoría de los relajantes de la musculatura esquelética oral, entre los que se incluyen los propanedíoles.

Analgésicos



Relajantes musculares

Maniobra de Nelaton



Infiltración Anestésica



REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Arias F (2006) El proyecto de investigación, introducción a la metodología científica. Quinta edición. Caracas: Episteme

Drake R, Wayne A y Mitchell A (2010) Anatomía para estudiantes. Segunda edición. Barcelona (España): Elsevier

Gay Escoda (2004) Tratado de cirugía bucal. Tomo I. Madrid (España): Ergon

Hernández R, Fernández C y Baptista P. (2006) Metodología de la investigación. México McGraw-Hill Interamericana

Latarjet M y Ruíz A (2004) Anatomía humana. Cuarta edición. Caracas: Panamericana

Magee D (2008) Ortopedia. Quinta edición. Canadá: McGraw-Hill Interamericana

Okeson J (2003) Tratamiento de oclusión y afecciones temporo-mandibulares. Quinta edición. Madrid. España: Elsevier

Parella y Filiberto Martins (2010) Metodología de la investigación cuantitativa. Tercera edición. Caracas. Venezuela; Fondo editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (FEDUPEL)

Tamayo (1998) citado en: El Proyecto de Investigación, Introducción a la Metodología científica. Quinta edición. Caracas: Episteme

ELECTRÓNICAS

Babatunde O Akinbami (2011). “Evaluación del mecanismo y principios de manejo de la dislocación de la articulación temporomandibular. Revisión sistemática de la literatura y propuesta de nueva clasificación de la dislocación de la articulación temporomandibular” Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127760/>

Calvo, M. (2011). Manuales educativos. Disponible en:

<https://es.slideshare.net/auxcalvog/tecnologas-para-la-educacin-9819365>

Gauer, R, y Semidey, M. (2015). Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Temporomandibulares. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2015/0315/p378.html>

J. Headache Pain (2015) “Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporo-mandibular disorders” Artículo científico disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25822556>

Quiroz, J., Picco, M., Ramírez, J., y Cruz, S. (2014). Tope precondíleo, una alternativa quirúrgica para el tratamiento de la luxación crónica mandibular. Modificación a la técnica de Norman. Experiencia en 12 pacientes. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2013000100002

Suzareth González, Cesar A. Guerrero (2013). “Protocolo de atención para el paciente con hipomovilidad Mandibular” Disponible en:

<http://www.svcbmf.net/revista/v3n1.pdf>

UNAM. (s.f.). Lineamientos metodológicos para la elaboración de material didáctico.

Disponible

en:

<http://www.trabajosocial.unam.mx/dirs/Titula/tesis/Lineamientos/lineamientosdocencia.pdf>

ANEXOS

Anexo N° 1

Entrevista aplicada a 1 docente experto en la materia

N°	Preguntas
1	¿El abordaje para la luxación mandibular bilateral se encuentra dentro del contenido del programa de la unidad curricular de cirugía? De no encontrarse, ¿sería factible incluir el tema por medio de un manual?
2	¿La existencia del manual favorecerá la adquisición de conocimientos por parte de los estudiantes?
3	¿Qué formato para el manual sería más factible económicamente, impreso o digital (CD)?
4	¿Es preferible un manual en formato digital (cd) ¿Por qué?
5	¿Es preferible un manual en formato impreso? ¿Por qué?
6	¿Sería una herramienta útil para el área de cirugía la elaboración de un pendón adicionalmente?
7	¿Le parece que sería de mayor entendimiento para los estudiantes si el manual contiene material audiovisual?

Anexo N° 2

Cuestionario aplicado a la muestra

N°		Opciones	
		Sí	No
1	¿La luxación mandibular bilateral es originada por un trastorno de los músculos masticatorios?		
2	¿La luxación mandibular bilateral es la pérdida de la relación entre los componentes de una articulación no auto-reducible?		
3	¿La luxación mandibular bilateral origina la disminución de la apertura bucal?		
4	¿La luxación mandibular bilateral origina la apertura excesiva de la boca?		
5	¿La luxación mandibular bilateral origina protrusión mandibular?		
6	¿Cree usted que los pacientes con luxación mandibular bilateral presentan dolor y dificultad para comer, deglutir y hablar?		
7	¿Cree usted que los pacientes con luxación mandibular bilateral presentan sialorrea?		
8	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral tiene un factor patológico que la desencadena?		
9	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral puede producirse por una artritis degenerativa?		
10	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral no tiene un factor patológico que la desencadena?		
11	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral puede producirse por hiperlaxitud ligamentosa?		
12	¿Cree usted que los pacientes que toman medicamentos para tratar trastornos emocionales y mentales graves tienen una mayor predisposición a presentar una luxación mandibular bilateral?		
13	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral es una complicación de las extracciones dentales?		
14	¿Usted ha atendido a un paciente que haya presentado una emergencia de luxación mandibular bilateral en el área de cirugía?		
15	¿Conoce usted como debe ser realizado el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral?		
16	¿Cree usted que la maniobra de Nelaton es la indicada para una luxación mandibular bilateral aguda?		
17	¿Cree usted que la maniobra de Dupuis es la indicada para una luxación mandibular bilateral aguda?		
18	¿Cree usted que la maniobra de Dupuis es la indicada para una luxación mandibular bilateral crónica?		
19	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral aguda requiere una intervención quirúrgica?		
20	¿Cree usted que la luxación mandibular bilateral aguda cede solamente con fármaco-terapia?		

Validación de los instrumentos

Anexo N° 3



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ENTREVISTA

FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO: Diseño de un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral que acuden al área de cirugía bucal.

AUTORES: Hurtado A.
Rivero M.

INSTRUCCIONES:

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

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (Definición)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	siempre	ocasional	quien
1	/		/		/		/		
2	/		/		/		/		
3	/		/		/		/		
4	/		/		/		/		
5	/		/		/		/		
6	/		/		/		/		
7	/		/		/		/		

OBSERVACIONES: _____

Anexo N° 4

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

APLICABLE:


NO APLICABLE:

APLICABLE ATENDIENDO A LAS
OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido: <i>Delba de la Cruz</i>	C.I.: <i>7.089.070</i>	Firma: <i>[Signature]</i>
Profesión: <i>Od. Esp. Odontología Hospital.</i>	Nivel Académico: <i>4</i>	Fecha: <i>20-09-17</i>



Anexo N° 5



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

CUESTIONARIO

FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO: Diseño de un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral que acuden al área de cirugía bucal.

AUTORES: Hurtado A.
Rivero M.

INSTRUCCIONES:

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

CRITERIO	PERTINENCIA (Apropiación/ Correspondencia)		CLARIDAD (Precisión)		CÓNCISES (Acorde/ Concisión)		DEBIDOS		
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	Mayor	Mediana	Menor
1	/		/		/		/		
2	/		/		/		/		
3	/		/		/		/		
4	/		/		/		/		
5	/		/		/		/		
6	/		/		/		/		
7	/		/		/		/		
8	/		/		/		/		
9	/		/		/		/		
10	/		/		/		/		
11	/		/		/		/		

Anexo N° 6

11	/		/		/		/	
12	/		/		/		/	
13	/		/		/		/	
14	/		/		/		/	
15	/		/		/		/	
16	/		/		/		/	
17	/		/		/		/	
18	/		/		/		/	
19	/		/		/		/	
20	/		/		/		/	

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

APLICABLE: NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS

OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido:	C.I.:	Firma:
<i>Diana Quintana</i>	<i>7.089.770</i>	<i>[Firma]</i>
Profesión:	Nivel Académico:	Fecha:
<i>Od Esp</i>	<i>4</i>	<i>20-05-17</i>
<i>dentista general</i>		

Anexo N° 7



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ENTREVISTA

FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO: Diseño de un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral que acuden al área de cirugía bucal.

AUTORES: Hurtado A.
Rivero M.

INSTRUCCIONES:

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

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad-Consistencia)		CLARIDAD (Precisión)		COHERENCIA (Correspondencia)		DISEÑO		
	Adeuada	Inadecuada	Adeuada	Inadecuada	Adeuada	Inadecuada	Crear	Modificar	Eliminar
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: _____

Anexo N° 8

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO


APLICABLE: NO APLICABLE:

APLICABLE ATENDIENDO A LAS
OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido:	C.I.: 18.758.455	Firma: 
Profesión: Abogado	Nivel Académico: 4th year	Fecha: 19-9-2017



Anexo N° 9



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

CUESTIONARIO

FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO: Diseño de un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral que acuden al área de cirugía bucal.

AUTORES: Hurtado A.
Rivero M.

INSTRUCCIONES:

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

CRITERIOS	PERTINENCIA (Aptitud y adecuación)		CLARIDAD (comprensión)		CUBRERENSA (Adequación)		DEL DISEÑO		
	Adaptada	Inadecuada	Adaptada	Inadecuada	Verdadera	Indiferente	Abierta	Indefinida	Aperta
1	X		X		X		X		
2	X		X		X		X		
3	X		X		X		X		
4	X		X		X		X		
5	X		X		X		X		
6	X		X		X		X		
7	X		X		X		X		
8	X		X		X		X		
9	X		X		X		X		
10	X		X		X		X		
11	X		X		X		X		

Anexo N° 10

12	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
13	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
14	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
15	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
16	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
17	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
18	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

APLICABLE: NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS
 OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido:	C.I:	Firma:
<i>Felipe Rojas</i>	<i>19853455</i>	<i>[Firma]</i>
Profesión:	Nivel Académico:	Fecha:
<i>Psicólogo</i>	<i>Ultravioleta</i>	

Anexo N° 11



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ENTREVISTA

FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO: Diseño de un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral que acuden al área de cirugía bucal.

AUTORES: Hurtado A.
Rivero M.

INSTRUCCIONES:

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

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: _____

Anexo N° 12

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

APLICABLE: NO APLICABLE:


APLICABLE ATENDIENDO A LAS
OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido:	C.I.:	Firma:
Elizabeth Villegas	19.605.613.	Elizabeth Villegas
Profesión:	Nivel Académico:	Fecha:
Od. Cirujana Bucal	III.	20/09/17

Od. Elizabeth Villegas
CIRUJIA BUCAL
MPS 32 077 C OV 32 809



Anexo N° 13



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA

CUESTIONARIO

FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO: Diseño de un manual didáctico para el abordaje de pacientes con luxación mandibular bilateral que acuden al área de cirugía bucal.

AUTORES: Hurtado A.
Rivero M.

INSTRUCCIONES:

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

CRITERIO	PERTINENCIA (Oportunidad y relevancia)		CLARIDAD (coherencia)		COHERENCIA (Adecuación)		DETALLE		
	Adaptado	Inadecuado	Adaptado	Inadecuado	Adaptado	Inadecuado	Ítem	Comentarios	Fecha
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		

Anexo N° 14

12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

APLICABLE: NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS
 OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido:	C.I.:	Firma:
Elisbeth Villegas	19.605.613	Elisbeth Villegas
Profesión:	Nivel Académico:	Fecha:
Od. Capacitación	III	20/09/17

Od. Elisbeth Villegas
 C.I. 19.605.613
 20/09/17