

RELACION ENTRE EL GRADO DE ANSIEDAD Y LA INTENSIDAD DE DOLOR DENTAL EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el grado de ansiedad y la intensidad del dolor dental en el tratamiento de conductos: Es un tipo de investigación científica de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental - descriptivo, y según su alcance es correlacional. Cuya muestra de estudio estuvo conformada por 50 pacientes de ambos géneros con edades que oscilan desde los 18 años en adelante. Demostrándose así que un 90% de la muestra presentó algún grado de ansiedad, además que se corroboró que existe una asociación entre el grado de ansiedad y el grupo etario en vista que este disminuye según aumente la edad, además no se encontró asociación significativa de relación entre el grado de ansiedad con el sexo femenino o masculino. En cuanto al dolor se demostró que los que percibieron mayor intensidad de dolor postratamiento fueron los varones en comparación de las mujeres, siendo ellas las que más toleran el dolor y según la edad se confirmó que a menor edad la intensidad del dolor percibida es mayor. Concluyendo así que el grado de ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor de manera directa y positiva, donde a mayor grado de ansiedad mayor será la intensidad del dolor.

Palabras claves: Ansiedad dental, Dolor dental, tratamiento de conductos.

**C.D. Karol Elizabeth
Bobadilla Chavez**
karuchi12@icloud.com
Cel: 915925790
Orcid.org/0009-0009-2413-279X
**Policlínico Parroquial de
Belén**

ABSTRACT

Objective: Determine the relationship between the degree of anxiety and the intensity of dental pain in root canal treatment: It is a type of scientific research with a quantitative approach, non-experimental – descriptive design, and according to its scope it is correlational. Whose study sample was made up of 50 patients of both genders with ages ranging from 18 years and older. So, 90% of the sample presented some degree of anxiety, in addition to confirming that there is an association between the degree of anxiety and the age group since these decreases, furthermore, no significant association was found between the degree of anxiety with the female or male sex. Regarding pain, it was shown that those who perceived greater intensity of post-treatment pain were men compared to women, with women being the ones who tolerate pain the most and according to age, it was confirmed that the lower the age, it was confirmed that the lower the age, the intensity of pain. Thus, concluding that the degree of anxiety is related to intensity of pain in a direct and positive way, where the higher the degree of anxiety, the greater the intensity of the pain.

Keywords: Dental anxiety, dental pain, root canal treatment

INTRODUCCION

La odontología es fundamental para optimizar la salud bucodental y brindar calidad de vida en la comunidad, a lo largo del tiempo y gracias al aporte que fue proporcionando la tecnología hubo avances. Dentro de ello se buscó mejorar el tratamiento odontológico, pero en muchos de los casos se olvida por completo el estado en el que llega el paciente; los odontólogos no evalúan la parte cognitiva y emocional de sus pacientes ya sea antes, durante o después de un tratamiento odontológico, y esto a su vez va a influir en el paciente de manera que decida seguir asistiendo al consultorio con confianza y además garantizar el éxito del tratamiento o bien en caso contrario abandone el tratamiento. El principal motivo de consulta viene a ser el dolor, en vista que solo las personas buscan una solución a un mal que aquejan; y si a esto se suma un posible estado emocional perturbador del paciente como el simple hecho de haber tenido experiencias pasadas desafortunadas de su entorno: familiar o amical con algo que tenga relación con la odontología; un trauma de la niñez: el llanto,

las vacunas que van a reflejar un comportamiento negativo que muchas veces aún se visualiza en pacientes adultos. Por otro lado, la intranquilidad que podría estar relacionada con el estrés laboral, familiar y personal con lo que más suelen llegar a consulta; y por último que nuestro entorno social cataloga que los varones son menos temerosos que las mujeres. Es así que el estado emocional perturbador de un paciente conllevará que sus respuestas fisiológicas se alteren (respiración, pulso, presión arterial, etc.) además de ello siempre será catalogado como un paciente negativo creando un ambiente hostil entre el odontólogo y el paciente. El problema radica en que existe un incremento de desertores en procedimientos odontológicos y a su vez el incremento del deterioro de la salud bucal, es por ello que se busca concientizar de los problemas dental y buscar la solución para que los pacientes acudan a la consulta odontológica y puedan ser satisfactoriamente tratados física y emocionalmente.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) afirma que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable (14). El dolor es una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra, además que viene a ser una queja muy común y frecuentemente que no solo constituye un problema para un solo individuo, sino que también puede causar impacto en muchas otras personas. Siendo así que podría desencadenar situaciones perjudiciales para la vida cotidiana como lo es: el trabajo, el sueño, las relaciones interpersonales y actividades recreativas (14). Según Schmitter et al (15), el dolor es conceptualizado como un problema de salud pública.

El dolor dental u odontalgia es una de las manifestaciones más molestas y además viene a ser el principal motivo de consulta y más aún si el origen se desconoce (16).

MATERIALES Y METODOS

Se considero una muestra de estudio a 50 pacientes mayores de edad a partir de los 18 años que acudieron al Policlínico Parroquial de Belén en el servicio de odontología durante los meses de marzo, abril y mayo del 2021. La muestra estuvo conformada por aquellos pacientes que manifestaron dolor y además de ello presentaron algunos síntomas que hicieron suponer de un diagnóstico pulpar y periapical, conllevando a que requieran someterse a tratamiento de conductos.

Se procedió primero a considerar la historia clínica, como también las manifestaciones previas del paciente como la presencia del dolor y síntomas, haciéndome suponer de un diagnóstico pulpar y periapical.

Se considero dos periodos: un antes, para medir la ansiedad y un después, para medir el dolor dental postratamiento.

1. PASO 1

En la sala de espera; antes de ser intervenidos por el servicio de odontología, primero se les midió la ansiedad mediante la “Escala Modificada de la Ansiedad” (MDAS).

este instrumento ya validado consta de cinco preguntas relacionadas con el tratamiento odontológico, y cinco alternativas de respuesta que van desde relajado a extremadamente ansioso

1. PASO 2

Al termino de las sesiones del tratamiento de conductos, los pacientes regresaron 24 horas después para la restauración de la pieza. En ese momento se les pregunto si presentaban o no dolor en la pieza que se les había realizado la endodoncia y para ello se usó la “Escala Visual Análoga” (VAS) donde el paciente marco en una escala que va desde el 0 (dolor nulo) hasta un 10 (el peor dolor) para registrar la presencia de dolor postoperatorio del tratamiento de conductos. Para la recolección de datos se estimó un tiempo no mayor de 3 meses, debido esto al problema sanitario que se viene atravesando y al temor del contagio.

RESULTADOS

Tabla 1. Relación entre el grado de ansiedad y la intensidad del dolor dental en el tratamiento de conductos en pacientes

		DOLOR*ANSIEDAD											
		ANSIEDAD											
		NULO		LEVE		MODERADO		ELEVADA		SEVERA		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
DOLOR	NULO	4	8%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	8%
	MUY LEVE	0	0%	6	12%	4	8%	0	0%	0	0%	10	20%
	LEVE	1	2%	10	20%	6	12%	0	0%	0	0%	17	34%
	MEDIO	0	0%	0	0%	6	12%	2	4%	2	4%	10	20%
	FUERTE	0	0%	0	0%	2	4%	2	4%	0	0%	4	8%
	MUY FUERTE	0	0%	0	0%	0	0%	2	4%	3	6%	5	10%
Total		5	10%	16	32%	18	36%	6	12%	5	10%	50	100%

Tau c de Kendall: $\tau=0.647$, $p=0.000$; $\phi=0.8$; $1-\beta=0.99$ Fuente: Ficha de recolección de datos

Fuente: Base de datos

La tabla muestra la relación entre el grado de ansiedad y la intensidad del dolor donde, los que tienen un grado de ansiedad leve presentan una intensidad de dolor entre muy leve y leve siendo el mayor porcentaje para la intensidad leve (20%), los que presentan un grado de ansiedad moderado presentaron una intensidad de dolor entre muy leve a fuerte siendo el mayor porcentaje leve y medio (12% respectivamente), los que presentaron un grado de ansiedad elevada presentaron una intensidad de dolor entre medio a muy fuerte (4% respectivamente), los que presentaron un grado de ansiedad severa presentaron una intensidad de dolor entre medio y muy fuerte siendo el de mayor porcentaje el muy fuerte (6%). Como se observa los que presentan mayor grado de ansiedad la intensidad del dolor fue mayor. Según la prueba estadística Tau c de Kendall esta relación fue significativa $p=0.000$ ($p<0.05$) quiere decir que el grado de ansiedad se

relaciona con la intensidad de dolor de manera directa, positiva y alta donde a mayor ansiedad mayor intensidad de dolor ($r=0.647$), con un tamaño del efecto ($\delta=0.8$) que es considerado grande y una potencia estadística ($1-\beta=0.99$) que permite generalizar los datos de la muestra a la población.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la recolección de datos del trabajo de investigación, se observa que el 90% presento algún grado de ansiedad, siendo la más alta la ansiedad moderada en un 36%, resultados que coinciden con Valqui (31) en el 2019, donde uso la misma escala para medir la ansiedad (Escala Modificada de Corah), concluyendo que el 41.5% presento ansiedad moderada seguido del 36.2% que presento ansiedad leve; de la misma forma existe similitud de resultados con el estudio realizado por Dou (32) donde obtuvo que el 36.2% siendo la mayor parte de los pacientes presento ansiedad moderada; por último el que también presenta similitud de resultados son los de Ríos (33) donde la mayoría que presento ansiedad fue la moderada con el 16.1%. Los estudios que discrepan son los de Pereyra (34), Córdova (35), Quispe (36) donde concluyen como resultados de su investigación que el grado de ansiedad que primó en sus estudios fue de grado leve con un 45%, 43.3% y 34.9% respectivamente.

Por otro lado, no se encontró una asociación significativa del grado de ansiedad según el sexo; concordado con Ríos (33), Monardes (37) y Pereyra (34). Opuesto a ello Ccora (38), Quispe (36) y Castillo (1) donde afirmaron que pacientes del sexo femenino son más ansiosas que el sexo opuesto.

Todo lo opuesto ocurrió en cuanto a la asociación significativa del grado de ansiedad según la edad, los pacientes de 18 a 30 años presentaron ansiedad elevada en un 12%, los pacientes de 31 a 50 años presentaron ansiedad moderada en un 20% y los pacientes mayores e iguales a 51 años presentaron entre ansiedad leve y moderada en un 12% respectivamente;

llegando a concluir que la ansiedad va disminuyendo según aumenta la edad, Castillo (1) según el grupo etario de 21 a 30 años presentaron mayor ansiedad, Ccora (38) menciona que presentaron ansiedad moderada son los pacientes de 18 a 25 años. Estudios que no encontraron ninguna asociación entre la ansiedad y la edad fueron de Ríos (33) y Monardes (37).

Se observo que el 92% de los pacientes presentaron algún valor de intensidad de dolor posttratamiento de conductos tomando en consideración la ingesta de analgésicos, donde la mayor intensidad de dolor percibida fue leve con un 34% seguido de la intensidad muy leve y leve con un 20% respectivamente, sumado a ello que la intensidad del dolor se asocia al sexo; dando como resultado que las pacientes del sexo femenino toleran más el dolor; además que demuestra que a mayor edad la intensidad del dolor percibida será menor. Guardando así similitud con el estudio de Toledo (39) donde solo observo que existen una serie de factores asociados con la presencia del dolor al término del tratamiento de conductos.

CONCLUSIONES

Existe una relación significativa de manera directa y positiva entre el grado de ansiedad y la intensidad de dolor, indicando que a mayor grado de ansiedad mayor será la intensidad de dolor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castillo NM, Rupaya CG. Relacion entre la ansiedad y el dolor dental en el tratamiento endodontico en pacientes del centro medico naval. Revista Cientifica Odontologica. 2013 febrero; 1(26-30).
2. Caceres Cuba A. "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DESERCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ANTIPLANO- PUNO. 2018.
3. Real Academia Española. dle.rae.es. [Online].; 2006 [cited 2020 junio 27. Available from: <https://dle.rae.es/ansiedad?m=form>.
4. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estres: tres conceptos a diferenciar. Mal-estar e subjetividad. 2003 marzo; III(1).

5. Rojas E. *Cómo superar la ansiedad*. Primera ed. [Barcelona]: Planeta, S.A; 2014.
6. Reyes Ticas A. *Trastornos de ansiedad guía practica para diagnostico y tratamiento*. no especifica..
7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2008.
8. Barbería Leache E, Martín Díaz D, Tobal M, Fernández Frías C. Prevalencia, Consecuencias y antecedentes de miedo ansiedad y fobia dental. *Bol Asoc Odontol Argent P Niños*. 1997; 25(4).
9. Lima Álvarez M, Casanova Rivero Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas*. 2006 enero- abril; 6(1).
10. Cázares de León F, Montoya Flores BI, Quiroga García MÁ. Ansiedad Dental en pacientes adultos en el tratamiento odontológico. *Mexicana de Estomatología*. 2015 Enero- Junio; II(2).
11. Dutra Murrer R, Scanduzzi Francisco S, Missaé Endo M. Ansiedade e medo no atendimento odontológico de urgência. *Odontol Bras Central*. 2014; 23(67).
12. Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances en Odontología*. 2014 enero-febrero; 30(1).
13. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *dle.rae.es*. [Online].; 2014 [cited 2020 Agosto 11. Available from: <https://dle.rae.es/dolor?m=form>.
14. Nardi A, Michel Crosato E, Haye Biazevic G. Dores dental e facial em trabalhadores do sul do Brasil, 2003. *Odontologia da UNESP*. 2006; 35(1).
15. Schmitter M, Rammelsberg P, Hassel A. The prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in very old subjects. *J Oral Rehabil*. 2005; 32.62
16. López Sánchez A, González Romero E. El medico en situaciones de urgencias: dolor dental. *Medicina Integral*. 2001 Marzo; 37(6).
17. Clarett M. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva [place unknown]: [publisher unknown]; 2012.
18. Cervantes Chavarría AR, Montero Aguilar M. Trastorno de dolor dentoalveolar persistente: El paciente que no olvidará. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*. 2016 septiembre- diciembre; 18(3).
19. International Association for the Study of Pain. Trastorno de dolor dentoalveolar persistente (TDDP) unknown] [, editor. [place unknown]; 2013.
20. Ingle I J, Bakland LK, Craig Baumgartner J. *Ingle's Endodontics Ontario H*, editor.: BC Decker Inc; 2008.
21. Triana Martínez K, Frías Figueredo L, Figueredo Cortes M. Surgimiento y desarrollo de la endodoncia. *Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba*. 2008 abril; 1(1).
22. J. R. Stock C, T.Walker R, Gulabivala K, Goodman J. *Atlas en color y en texto de Endodoncia*. segunda ed. Madrid: Harcourt Brace; 1996.

Recibido: 06 de febrero del 2024

Aceptado: 20 de marzo del 2024