



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL DOLOR DENTAL EN EXODONCIAS DE
PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL “CORONEL LUIS ARIAS
SCHREIBER”, LIMA 2018

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR

Ccora Huayra, Juan Carlos

ASESOR

Dr. Mendoza Lupuche, Román

JURADOS

Dr. Mendoza Murillo, Paul Orestes

Dr. Quiñones Lozano, José Duarte

Dr. Carranza Samanez, Kilder Maynor

LIMA – PERÚ

2019

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por darme salud a mí y a mi familia, agradezco a mi familia, quienes siempre han sido mi ejemplo a seguir y mi apoyo día a día en mi carrera profesional hasta concluirla satisfactoriamente. Gracias también a mi asesor, Dr. Mendoza Lupuche y docentes que me han acompañado y guiado para la realización satisfactoria de este proyecto.

DEDICATORIA

A mis padres, Estela y Pedro, mi hermano, Omar, por el apoyo constante en mi carrera universitaria. A Dios por darnos siempre salud y persistencia.

Resumen

La presencia de dolor siempre ha sido uno de las principales molestias, es por ello que es responsabilidad del odontólogo evitarlo, tratarlo y prevenirlo. La ansiedad a veces puede alterar el tratamiento, cancelando o postergando las citas previstas por el paciente. El objetivo de la investigación fue evaluar la relación entre ansiedad antes y dolor dental después de la exodoncias de pacientes que asisten al departamento de cirugía bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”, Lima, 2018. Un estudio prospectivo, descriptivo, observacional, transversal. La muestra de estudio fue de 50 pacientes de ambos géneros entre los 18 a 70 años. Para el presente trabajo se evaluó la ansiedad dental mediante un Test de Ansiedad de Corah Modificado, MDAS que previamente era medido antes de la cirugía y respecto al dolor con la Escala Visual Análoga, VAS que era medido veinticuatro horas después del tratamiento. Se realizó el trabajo con el estudio de Chi cuadrado de Pearson, obteniendo como resultados que los pacientes sometidos a cirugía oral mostraron niveles de ansiedad moderada en el sexo femenino (60%) respecto a los de sexo masculino (33.3%) con una diferencia estadística significativa. Según edad, se obtiene que más del 50% tiene entre 18 y 25 años, de los cuales, el 48.1% presentan ansiedad moderada, al comparar la ansiedad por grupos de edad no se encontró diferencias significativas. En cuanto al dolor al comparar tanto en edad y sexo no se encontraron diferencias significativas, se concluye que la relación entre ansiedad y dolor presenta una ligera asociación, $P = 0.05$.

Palabra clave: Ansiedad dental, dolor dental, Test de Ansiedad de Corah, VAS.

Abstract

The presence of pain has always been one of the main complaints that is why it is the responsibility of the dentist to avoid it, treat it and prevent it. Anxiety can sometimes alter the treatment, canceling or delaying the appointments planned by the patient. The objective of the research was to evaluate the relationship between anxiety before and dental pain after the extractions of patients attending the department of oral and maxillofacial surgery of the Central Military Hospital "Coronel Luis Arias Schreiber", Lima, 2018. A prospective, descriptive, observational study, transversal. The study sample was of 50 patients of both genders between 18 to 70 years. For the present work, dental anxiety was evaluated by means of a Modified Corah Anxiety Test, MDAS that was previously measured before surgery and regarding pain with the Visual Analogue Scale, VAS that was measured twenty-four hours after treatment. The study was carried out with the Pearson Chi square study, obtaining as results that the patients submitted to oral surgery showed moderate levels of anxiety in the female sex (60%) with respect to the male sex (33.3%) with a statistical difference meaningful. According to age, it is obtained that more than 50% are between 18 and 25 years old, of which, 48.1% present moderate anxiety, when comparing the anxiety by age groups, no significant differences were found. Regarding pain when comparing both age and sex, no significant differences were found; it is concluded that the relationship between anxiety and pain shows a slight association, $P = 0.05$.

Keyword: Dental anxiety, dental pain, Corah Anxiety Test, VAS.

Índice

Resumen

Abstract

I.	Introducción.....	1
	1.1. Descripción y formulación del problema	2
	1.2. Antecedentes.....	3
	1.3. Objetivos.....	9
	- Objetivo General	9
	- Objetivos Específicos	9
	1.4. Justificación.....	10
	1.5. Hipótesis	10
II.	Marco Teórico	11
	2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	11
III.	Método.....	24
	3.1. Tipo de investigación	24
	3.2. Ámbito temporal y espacial.....	24
	3.3. Variables.....	24
IV.	Resultados.....	28
V.	Discusión de resultados	39
VI.	Conclusiones.....	41
VII.	Recomendaciones	42
VIII.	Referencias	43
IX.	Anexos.....	48

I. Introducción

La presente investigación propone determinar la relación que existe entre la ansiedad y el dolor en el Departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”, debido a que este estudio puede mejorar la atención odontológica en pacientes donde se tome en cuenta las medidas de la ansiedad y el dolor durante los procedimientos dentales, así evitando el estrés en el paciente como en el operador y generando confianza.

Para un tratamiento odontológico de calidad se requieren datos del paciente, en este caso medir la ansiedad dental y el dolor. Según cada paciente la ansiedad varía de acuerdo a su personalidad, a la edad, al sexo, a la técnica de anestesia, al tiempo de intervención, entre otros factores que pueden alterar aún más la ansiedad y el dolor. Tanto la ansiedad como el dolor son sensaciones primitivas que se relaciona a la supervivencia, por ende, tenerlas en cuenta puede hacer la diferencia en nuestra atención odontológica.

Para el desarrollo de esta investigación, se utilizó referencias actualizadas, recientes que permitieron sustentar los procedimientos para lograr resultados que nos permitieron alcanzar los objetivos planteados y de esta manera responder a la interrogante que motivo el estudio.

La presente investigación fue de tipo prospectivo, observacional, comparativo, transversal, con cuyo diseño se pudo lograr objetivos concretos.

El presente informe de tesis se organiza en nueve capítulos. En el primer capítulo, describe el problema de la investigación que se basa en saber la relación entre la ansiedad y el dolor dental en exodoncias, y los antecedentes del estudio, que fueron a nivel internacional como nacional. En el segundo capítulo, se darán las bases teóricas de

la ansiedad, el dolor, la exodoncia, la anestesia, la personalidad; las cuales fueron basados en libros, tesis y artículos científicos. En el tercero capítulo, se dará a conocer la metodología que se siguió. En el cuarto capítulo, se describen los resultados; en el quinto, se presentan la discusión; en el sexto, se exponen las conclusiones de la investigación; en el séptimo, se da las recomendaciones para próximas investigaciones a futuro; en el octavo, se presentan las referencias bibliográficas utilizadas y finalmente en el noveno capítulo se presentan los anexos utilizados en la investigación.

1.1 Descripción y formulación del problema

Los estudios relacionados a la ansiedad se han determinado en aumento en pacientes a la consulta con el odontólogo respecto a otra especialidad de la medicina (Orozco, 2015).

Ante un dolor orofacial, la mayor parte de los síntomas están relacionados a patologías dentales y es una de las causas que los pacientes acuden a un odontólogo. El diagnóstico ante el problema del dolor y eliminarlo puede ser un desafío en la odontología (Scrivani & Spierings, 2016).

Hablar de ansiedad es relacionarlo con el término fobia, en específico fobia dental. Esta fobia dental se relacionado con el miedo exagerado, desmesurado y duradero ante la presencia del equipo dental o ante el mismo tratamiento. Es por ello que estos pacientes suelen evitar tratamientos dentales, o en todo caso realizarse el tratamiento presentado una ansiedad elevada, lo cual puede conllevar a la sensación de miedo (Ramos, 2013).

El manejo del dolor es responsabilidad del odontólogo, evitarlo, tratarlo y prevenirlo es una dura tarea y además controlar el dolor considerando la dignidad y moral del paciente (William, Rodríguez, Capote, Sánchez y Anaymi, 2010).

Es por esta razón que el presente trabajo trata de conocer, los estudios sobre ansiedad y dolor que son importantes para evaluar cuál es el estado emocional en que el paciente percibe, ante una cita odontológica, lo cual es importante para poder tener una idea de cuantos pacientes podrían estar presentando un cuadro de ansiedad ante la cita odontológica y así poder aplicar el conocimiento, en este caso un test de ansiedad y dolor (escala de ansiedad de Corah) para que se pueda tomar conciencia del problema que amerita ante una consulta odontológica. Es por eso que los estudios sobre ansiedad y dolor se realizan para un confort tanto al paciente como para el profesional en su tratamiento, evitando el estrés para el profesional y como resultado un buen tratamiento en cooperativa con el paciente. Con el presente trabajo no solo se busca relacionar estas dos variables sino también evaluarlas para motivar a dar un buen servicio odontológico.

Existen diversos trabajos de investigación realizados en los servicios de odontología a niveles hospitalarios y también en consultorios privados y nos da una idea inexacta de cómo los pacientes con ansiedad y dolor se presentan. Es importante realizar estudios más detallados. Por lo tanto el presente trabajo busca realizar un estudio de cómo se da la relación entre ansiedad y dolor en el Hospital Militar Central.

De acuerdo a lo expuesto me propongo a formular el siguiente problema: ¿Cuál es la relación entre ansiedad y dolor dental en exodoncias de pacientes que asisten al departamento de cirugía bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”, Lima 2018?

1.2 Antecedentes

Monardes *et al.* (2018) en Chile reportó un estudio que fue relacionar el nivel de ansiedad en los diferentes pacientes que se realizarían un tratamiento de endodoncia en el Centro Clínico de la Universidad San Sebastián en Santiago de Chile. Se encuestó a 185 personas para someterse a un tratamiento endodóntico, Se utilizó cuestionarios con

antecedentes demográficos, clínicos y con la Escala de Ansiedad Dental de Corah. Se observó aquellas personas sin experiencia previa al tratamiento de endodoncia, que la mayoría presentó ansiedad moderada, seguida de la baja ansiedad, a diferencia de los pacientes con experiencia previa, más de la mitad presentó ansiedad baja seguido por la ansiedad moderada. En tanto al género, edad y nivel educacional las diferencias no fueron significativas. Se concluye que existen diferencias en el nivel de la ansiedad en los pacientes con previa experiencia, siendo la misma la causa que disminuiría la ansiedad, no así en género, edad o nivel educacional.

Dou *et al.* (2018) en USA investigó la prevalencia de la ansiedad dental y su asociación con el dolor y otros factores relacionados en pacientes adultos con pulpitis irreversible. Ciento treinta pacientes con pulpitis irreversible se incluyeron en este estudio transversal. Los datos se analizaron mediante prueba t, ANOVA y pruebas de correlación de Spearman. La mayor parte los participantes sufrían de ansiedad dental moderada o alta, y en menor porcentaje de fobia específica. Los sujetos que tenían puntuaciones MDAS más altas tenían más probabilidades de posponer sus visitas dentales. Los sujetos que tuvieron malas experiencias en su visita dental más reciente estaban más ansiosos. El dolor en la visita dental más reciente o antes de la visita dental actual fue un factor importante que se correlacionaba con la ansiedad dental entre los participantes. Notablemente, el 36.2% de los participantes mostraron ansiedad moderada o severa durante esta visita actual para el tratamiento endodóntico. En conclusión un alto porcentaje de personas con pulpitis irreversible sufre de ansiedad dental. El dolor en la visita dental más reciente y durante el tratamiento endodóntico tiene una asociación fuertemente positiva con la ansiedad dental. El control eficaz del dolor en endodoncia es beneficioso para controlar la ansiedad.

Ávila (2017) en Ecuador, la presente investigación fue demostrar que la ansiedad y el dolor pueden perjudicar a los pacientes y al profesional al momento de la consulta. La investigación fue descriptiva, observacional, transversal y prospectivo donde acudieron personas entre 20 y 60 años de edad. Se calculó la ansiedad usando la escala MDAS y la escala visual analógica VAS para el dolor. Los jóvenes mostraron un nivel de ansiedad elevada que otros rangos de edad. Se concluye que existe una relación directa entre el nivel de ansiedad con la percepción del dolor. Además de ansiedad moderada en género masculino y elevado en femenino.

Casanova (2017) en Perú, se determinó el nivel de ansiedad pre-quirúrgica en pacientes sometidos a cirugía oral. Se incluyeron una población de 96 pacientes de ambos géneros, de 18-65 años de edad. Antes de la cirugía los pacientes tenían que completar una encuesta de ansiedad estado (STAI-Y1) y otra de ansiedad dental (APAI). Se determinaron que los pacientes presentaron ansiedad moderada de estado y ansiedad nula dental. Las mujeres presentaron niveles de ansiedad media mayor que los varones, en ansiedad estado; y respecto a la ansiedad dental de igual manera las mujeres presentaron mayor ansiedad que los varones. Los pacientes con nivel de instrucción superior presentaron baja ansiedad de estado y ansiedad dental nula en su mayoría. Los niveles de ansiedad son considerables y existen diferencias según género y nivel de instrucción.

Maulina *et al.* (2017) en Indonesia, el objetivo fue investigar la efectividad de la música islámica clásica y religiosa para reducir la ansiedad dental. Fueron encuestados 225 participantes musulmanes (105 hombres, 120 mujeres) y asignados aleatoriamente a tres grupos: grupo de música clásica, grupo religioso de música islámica y el grupo sin intervención musical, igualmente en números. La presión arterial (PA) y la muestra de sangre del participante se tomaron antes y después de la extracción dental para evaluar

la PA sistólica y diastólica, así como el nivel de noradrenalina en plasma (NAP). Hubo una disminución en el nivel de NAP en el grupo de música religiosa (0.110 ng / mL) y el grupo de control (0.013 ng / mL) cuando se comparó el nivel inicial de NAP con el nivel de NAP post extracción, mientras que el grupo de música clásica mostró un aumento de 0.053 ng / mL. Hubo diferencias significativas encontradas entre el grupo de música islámica religiosa y el grupo de música clásica ($p = 0.041$) así como el grupo de control ($p = 0.028$). Se concluye que la música islámica religiosa es efectiva para reducir la ansiedad dental en participantes musulmanes a diferencia con la música clásica. Sin embargo, se necesita una mayor evaluación en una población más heterogénea con diversos antecedentes religiosos y culturales.

Munayco (2017) en Perú, determinó la relación que existe entre la ansiedad, miedo dental y colaboración en los acompañantes y niños en el tratamiento dental. El estudio fue descriptivo, transversal y prospectivo con una muestra de 177 niños de ambos sexos de 3 a 6 años de edad y sus acompañantes (padres). Se confeccionó cuestionarios de evaluación de miedos dentales, escala de ansiedad de Corah, escala de miedo en niños y el test gráfico de Venham. Se usó la escala de Frankl. Los padres presentaron escaso o nulo miedo y los niños, bajo miedo en mayor porcentaje. Los padres mostraron baja ansiedad; los niños, en su mayoría, fueron no ansiosos y el comportamiento de los niños fue positivo. Se concluye que la ansiedad en el tratamiento odontológico de los niños y acompañantes no existe relación, más si en el miedo. Tampoco existe relación entre la ansiedad y el miedo del acompañante. Sin embargo, en el niño si está relacionado el miedo con la ansiedad en el tratamiento odontológico.

Santhosh (2017) en India, el presente trabajo fue evaluar los efectos de la ansiedad sobre el dolor experimentado durante las extracciones dentales. Para ello se realizó un estudio prospectivo durante el año académico de julio a septiembre de 2016, al azar

entre 60 pacientes dentales que visitaron el Departamento ambulatorio de cirugía oral y maxilofacial, Saveetha Dental College, Saveetha University, Chennai, para extracción de un solo diente. La ansiedad se midió utilizando la escala de calificación de ansiedad de Hamilton. El dolor se midió utilizando la escala analógica visual del dolor (VAS) para el nivel de dolor percibido durante la extracción. Esto fuertemente sugiere que un mayor nivel de dolor se relaciona con un mayor nivel de ansiedad. Se concluye que la ansiedad dental preoperatoria es un factor importante para predecir el dolor que experimentan los pacientes durante las extracciones dentales. Por lo tanto, es importante primero reducir la ansiedad para luego reducir el dolor durante la intervención. Las modalidades farmacológicas como la sedación se pueden usar para reducir la ansiedad y dolor relacionado con el tratamiento en pacientes indicados.

Tze-Fang *et al.* (2017) en USA, el objetivo del estudio es identificar las asociaciones entre la ansiedad dental y el dolor postoperatorio en pacientes que se someten a la extracción de las muelas del juicio impactadas horizontalmente. Fueron 119 voluntarios se usó el Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI), Índice chino de ansiedad y miedo dental (C-IDAF), y la Escala de calificación numérica (NRS) para el dolor. El análisis multivariable reveló que las mujeres, la mala experiencia de exodoncia y los niveles de dolor más altos previstos se asociaron con puntuaciones más altas de IDAF y el tiempo operatorio más prolongado se asociaron significativamente con niveles más altos de dolor postoperatorio. Se asocian los factores específicos con la ansiedad y el estrés, y el dolor postoperatorio en pacientes sometidos a la extracción de muelas del juicio. Abordar estos factores antes de la cirugía puede reducir el estrés y la ansiedad, y conducir a resultados de tratamiento más favorables.

Orozco (2015) en Guatemala, el objeto fue evaluar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes adultos durante su estadía en la sala de espera y que recibieron

tratamiento en la clínica de exodoncia. Con una muestra de 33 pacientes mayores de 18 años que asistieron a la clínica por tratamiento de extracción(es) dental(es), a quienes se les midió su nivel de ansiedad utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck. Se determinó un nivel de ansiedad que varía de mínimo a leve; no se encontraron diferencia estadísticamente significativa en la relación de nivel de ansiedad con las variables de edad, sexo, experiencia previa y presencia de dolor actual. Se observó que el nivel de ansiedad disminuye al aumentar el tiempo de espera aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Espejo (2014) en Perú, el objetivo era determinar la ansiedad dental en pacientes adultos en dos servicios de Hospitales. Para este estudio recurrieron 660 pacientes adultos. Se usó la Escala de Ansiedad Dental Modificada (MDAS), evaluado mediante el Índice de consistencia interna Alfa de Cronbach. Para el análisis de resultados se empleó la prueba T de student. Se concluye que la perforación del diente y la inyección de anestesia local son los ítems que alcanzaron el mayor puntaje de ansiedad. El sexo femenino presentó mayor ansiedad que el masculino y, la adultez joven, mayor ansiedad que la adultez media.

Martinez *et al.* (2013) en Perú, el objetivo fue determinar la relación entre el nivel de ansiedad del paciente y el dolor que presente antes, durante y después de realizado el tratamiento de endodoncia. Se evaluó a 65 pacientes, divididos en tres rangos de edades. Se utilizó DAS para evaluar la ansiedad y EVA para el dolor. Para el análisis se aplicó la prueba de Chi cuadrado. Los resultados mostraron un nivel de ansiedad bajo previo al tratamiento y mayor porcentaje de dolor bajo en los tres tiempos evaluados. Se concluye que no hubo asociación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y el grado de dolor en el tratamiento endodóntico.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Identificar la relación entre ansiedad y dolor dental en exodoncias de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”, Lima 2018”.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Comparar la ansiedad antes de las exodoncias según el sexo de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.
- Determinar la ansiedad antes de las exodoncias según la edad de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.
- Determinar el dolor dental después de las exodoncias según el sexo de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.
- Identificar el dolor dental después de las exodoncias según la edad de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.
- Analizar cuál es la relación entre ansiedad y dolor dental antes y después de las exodoncias de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.

1.4 Justificación

1.4.1 Teórico

Este trabajo de investigación intensificará la evidencia de este tema que en nuestra realidad no le toma la importancia debida, la ansiedad y el dolor, ya que si no es controlado podría generar un aumento en el estrés tanto al paciente como al operador.

1.4.2 Social

La difusión de este tipo de investigación permitirá a los pacientes acceder a tratamientos dentales donde se tome en cuenta las medidas de ansiedad y dolor durante los procedimientos dentales, evitando así el estrés y ganado confianza en el paciente.

1.4.3 Práctico/clínico

Permitirá al operador elegir una técnica para así poder manejar la ansiedad y con ello también el dolor.

1.5 Hipótesis

Existe relación entre la ansiedad preoperatoria y el dolor dental postexodoncia de pacientes.

II. Marco Teórico

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 Dolor

Se define al dolor como lo confirma Okeson (2003) “El dolor es una sensación desagradable percibida en la corteza cerebral, generalmente como resultado de la llegada de un estímulo nociceptivo” (p. 55).

Además se menciona dolor primario al dolor localizado en el mismo lugar de origen, un dolor más frecuente y dado en odontología. La mala higiene oral asociada a la post cirugía de terceras molares inferiores incrementa el dolor. Como menciona también Okeson (2003) “Se denomina dolores heterotópicos al dolor central, dolor proyectado y dolor referido” (p. 55).

El dolor es considerado una sensación terrible como lo menciona Albert Schweitzer dijo en cierta ocasión que el dolor es para la humanidad más terrible que la misma muerte (Moya, 1995).

También se menciona según Merskey que es una experiencia desagradable asociada a una lesión tisular o descrita como tal (Gancedo, 2008).

2.1.1.1 Fisiología del dolor

El dolor es símbolo de sufrimiento y un motivo clínico; se clasifica en agudo o crónico, nociceptivo o neuropático, y según la velocidad de conducción. Existen nociceptores receptivos que causan el dolor, como las fibras C y fibras A δ (Loezer, 2013).

Neurológicamente el dolor se transmite por transducción; un proceso que convierte los estímulos en señales eléctricas. Luego estos estímulos son llevados al asta dorsal de la médula espinal, donde se liberan los neurotransmisores del dolor como glutamato, sustancia P, péptido relacionado al gen de la calcitonina (Loezer, 2013).

Luego el estímulo viaja al tálamo y luego a la corteza cerebral. En esta zona puede ser bloqueada y/o modificada para los centros superiores del dolor. Los opiodes endógenos y exógenos dan lugar a una inhibición indirecta de los canales de calcio y apertura de los canales de potasio. La activación del sistema neural descendente libera beta endorfinas, encefalinas, dinorfinas; que calman el dolor (Loezer, 2013).

2.1.1.2 Dimensiones del dolor

Las dimensiones del dolor definido de manera integral participan componentes sensorio – discriminativos, afecto – motivacionales y cognitivo – evaluativo. En lo sensorio – discriminativos, nos muestra factores relaciones con la ubicación, intensidad, cualidad sensorial del dolor. Respecto a lo afecto – motivacionales, comprende el aspecto emocional del dolor. Encontramos estados de ansiedad, sufrimiento, es decir, a un mecanismo de escape y esto lleva a una expresión de nuestras emociones. Y en lo cognitivo – evaluativo, Se refiere al aprendizaje del dolor debido a una experiencia dolorosa, es decir, saber que aquel estímulo causará cierto dolor (Palacios, Saenz y Rondon, 1998).

2.1.1.3 Tipos de dolor

Se conocen tres tipos clínicos de dolor. El dolor agudo, es el tipo de dolor el organismo experimenta un cambio fisiológico en el cual se manifiestan cambios musculares faciales, incremento del tono muscular y se efectúan movimientos de sobrevivencia o huida y

asociado a reflejos neurovegetativos como taquicardia, sudoración, etc. El dolor se manifiesta hasta que la injuria de los tejidos sea eliminada (William, 2010).

También se manifiesta el dolor de origen maligno que es considerado como dolor agudo a larga duración. Las lesiones tumorales iniciales causan un dolor localizado y puede estar asociado a inflamación, edema o destrucción tisular. En estadios avanzados es causado por la presión de vasos sanguíneos, nervios o vísceras. El dolor crónico es el tipo de dolor que no se percibe como un dolor persistente, se presenta más como una alteración psicológica. Presenta estímulos nociceptivos bajos pero el paciente refiere dolores severos por lo que la valoración afectivo – motivacional se ve afectada. Tenemos como dolor crónico: neuralgia del trigémino, neuralgia postherpética, síndrome de difusión temporomandibular (Palacios *et al.*, 1998).

Se menciona también el dolor talámico que es el dolor de origen central, que se encuentra en la corteza cerebral. Puede tener varias causas, las más frecuente son los accidentes cerebro – vasculares. (Loezer, 2013).

2.1.1.4 Neuritis

Inflamación de un nervio, que puede causar dolor, aumentando la sensibilidad, y/o causando sensación de hormigueo, parestesia; en la zona afectada. Se describe como mononeuritis y polineuritis si afecta a uno o varios nervios respectivamente (Mayo, 2017).

2.1.1.5 Dolor neuropático

El dolor neuropático se produce por una alteración en las estructuras nerviosas. El dolor puede ser ocasionado por daño o injurias en los nervios periféricos o por daño en la médula o el cerebro (Cordero, 2019).

La neuropatía periférica, provoca debilidad, entumecimiento o insensibilidad y dolor, por lo general en las manos y en los pies (Mayo, 2017).

El dolor neuropático central, se asocia a enfermedades o traumas del sistema nervioso central, en el que pueden producir cambios a nivel central (Cordero, 2019).

2.1.1.6 Neuralgia del trigémino

Es un trastorno de dolor crónico que afecta al quinto par craneal, que transmite sensaciones del rostro al cerebro. La neuralgia del trigémino puede complicarse causar dolores agudos prolongados. Afecta mayormente a las mujeres y en mayor probabilidad a las mayores de 50 años. El dolor se aprecia en las zonas inervadas como la mejilla, la mandíbula, los dientes, las encías, los labios, con menor frecuencia, los ojos y la frente (Mayo, 2017).

Para controlar la neuralgia del trigémino podemos ayudar con medicamentos o cirugía. Los síntomas que se muestran son de manera espontánea, punzante o percibirse como descargas eléctricas, dolor constante. Puede además afectar un solo lado del rostro aunque rara vez ambos lados (Mayo, 2017).

2.1.1.7 Escalas del dolor

Existen varias medidas utilizadas para medir el dolor como la escala numérica de rating (NRS), escala verbal rating (VRS), las Caras – Revised (Ávila, 2017).

2.1.1.7.1 Escala de Dolor (FPS – R) y la Escala Visual Análoga.

El origen de la Escala Visual Analógica (VAS) se da a partir de continuas escalas analógicas visuales desarrolladas en el campo de la psicología para medir el bienestar del paciente, cuando Woodforde y Merskey informaron por primera vez el uso de la

escala del dolor VAS que consta de una franja con los extremos descritos de la siguiente manera: en un extremo “sin dolor en absoluto” y en el otro extremo “el máximo dolor que he experimentado” esta fue usada en distintos tipos de pacientes con una variedad de condiciones (Anexo 2) (Ávila, 2017).

2.1.2 Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional producto de estímulos fisiológicos, psicológicos ante una respuesta de temor o una amenaza a la persona y esto se ve reflejada en el aspecto cognitivo debido a experiencias vividas (Aquilino, 2003).

La ansiedad se puede presentar o expresar como: palpaciones, sudoración, temblores, disnea, dolor torácico, náuseas, mareo (Balaguer, 2006).

Los cambios fisiológicos a nivel de sistema se pueden ver afectados al sistema. En el sistema muscular ante un acto de ansiedad, miedo los grandes grupos musculares tienden a tensarse para poder emprender la huida o luchar debido de manera instintiva por la sobrevivencia (Belaunde, 2004).

En el sistema cardiovascular, la mayoría de personas cuando presenta un malestar o dolor torácico, taquicardia se ve reflejado en miedo y solo eso, por ello informales que solo ha sido “miedo”. Para ayudarlos se administran tranquilizantes y así reducir su ansiedad (Clínica de la Ansiedad, 2018).

Por lo tanto en el Sistema digestivo las catecolaminas y cortisol liberados en proporciones adecuadas ayuda en resolver situaciones de vida ante un problema de estrés. Sucede que cuando estas proporciones se ven alteradas produce a nivel gástrico ciertos eventos como digestiones pesadas, flatulencias, dolores abdominales, estreñimiento, diarrea, etc (De los Mártires, 2017).

En el sistema respiratorio cuando estamos ante una situación de ansiedad puede presentarse la hiperventilación y esto acompañada de hormigueo, visión borrosa, etc. El exceso de oxigenación conlleva a un tipo de respiración rápida, agitada y a la reducción de dióxido de carbono y el organismo reacciona con sensaciones de ahogo (Clínica de la Ansiedad, 2018).

En una situación de ansiedad el sistema endocrino en nuestro cerebro manda una orden a nuestra glándula suprarrenal, liberando adrenalina, para comenzar a prepararnos ante situaciones peligrosas, causando aumento de la frecuencia cardiaca, dilatando nuestras pupilas para mejor visión, convirtiendo grasa en energía, etc. Todo ello ayuda a la oxigenación del corazón, músculos y cerebro para que nuestro cuerpo esté listo para actuar ante una situación de alerta (Rodríguez, 2018).

2.1.2.1 Ansiedad Dental

Tal como lo señala Ávila (2017). “La ansiedad dental fue descrita por Klingberg y Broberg como un estado de temor relacionado con el tratamiento dental o ciertos aspectos del tratamiento dental” (p. 8).

En los tratamientos dentales la ansiedad y dolor están presentes y pueden alterar la relación odontólogo – paciente y con ello el plan de tratamiento, algunos pacientes sienten temor a algún tipo de tratamiento en específico; es importante evaluar la ansiedad y el dolor en nuestros pacientes. Si se presenta ansiedad elevada esto podría perjudicar con el tratamiento planificado (Ávila, 2017).

Según la Asociación Dental Americana, la visita al dentista en pacientes ansiosos implica un miedo que es el factor más importante en odontología; manejar y controlar el dolor es una de los factores más importantes para el odontólogo. Cuando un paciente ya ha sido sometido a la anestesia local presenta cierto miedo ajeno a un tratamiento libre

de dolor, es un dolor llevadero. Puede manifestarse presencia de dolor cuando se introduce la aguja, cuando se extienden los tejidos o cuando el mismo líquido de la anestesia produzca cambios de temperatura y el paciente lo interprete como dolor (Ávila, 2017).

Dependiendo el tipo de anestesia, la presión y volumen con el cual se coloque también puede provocar malestar o dolor en los pacientes. Todo esto puede causar fatiga, agotamiento, estrés al paciente como al operador (Ávila, 2017).

Se usa la persuasión, hipnosis, sedación de diferentes formas de administración, relajación muscular y anestesia general para poder manejar situaciones de ansiedad en procedimientos odontológicos. Tener en cuenta que los síntomas iniciales que presentan estos tipos de pacientes son: cefaleas, espasmos, tensión muscular, sudoración o disfagia, taquicardia, vómito, taquipnea, disnea, diarrea, entre otros (Martínez, 2009).

2.1.2.2 Escalas de ansiedad.

El DAS es un test que consta de 4 preguntas, pidiendo al paciente que evalúe su ansiedad de las diferentes situaciones en un consultorio dental. La Escala de Ansiedad dental Modificada MDAS fue perfeccionada con el fin de validar el contenido del DAS aumentando una pregunta relacionada a recibir inyecciones dentales y ordenando las preguntas para que se evalúen de menor a mayor nivel de ansiedad. (Anexo 2) (Ávila, 2017).

Este test es confiable en distintas partes del Mundo como Irlanda, Finlandia, Dubai, Brasil y Turquía; así también como en Estados Unidos. Al ser una escala de ansiedad confiable, resumida y segura es la que se utilizó en la presente investigación (Ávila, 2017).

2.1.3 Exodoncia

La exodoncia, como menciona, Ries (1973). “Exodoncia, término introducido por Winter en el lenguaje médico, parte de la cirugía bucal que se refiere a la extracción dentaria” (p. 199).

La exodoncia ha sido siempre un tratamiento traumático para los pacientes que causa temor o fobia. Como lo menciona Cosme (1999). “Es la extirpación total del diente o de la raíz dentaria sin dolor y con el mínimo daño de los tejidos circundantes” (p. 199).

La exodoncia o extracción dental es el acto quirúrgico que consiste en retirar los dientes de alveolo, teniendo en cuenta lo laboriosa que puede ser y tener complicaciones desde las más simples hasta complejas (Kruger, 1985).

La extracción dental es considerada tal vez como uno de los primeros procedimientos odontológicos realizados en la historia. Documentos de la era pre – cristiana muestran procedimientos y equipos relacionados a las extracciones, eso nos muestra que el dolor estaba presente desde siempre. Es por ello que a mediados del siglo pasado la ciencia médica, odontológica, dieron a conocer a la extracción dentaria el valor quirúrgico que le merece (Valdeavellano, 2005).

Exodoncia por caries dental se da cuando la lesión cariogénica es amplia y compromete la raíz y extensión subgingival, es indicado en estas situaciones, debido que la pieza dentaria es muy difícil de recuperarla (Chiapasco, 2010).

Exodoncia profiláctica, es la exodoncia realizadas a las terceras molares la cual ha entrado en debate por mucho tiempo. Los motivos para la remoción son varios ya que no cumplen una función útil en la boca, incrementando el riesgo de una posible patología, sintomatología, y puede que el paciente cuando ya sea mayor aparezca la

patología y esta sea más complicada de tratarla. Se menciona como momento adecuado para la exodoncia de terceras molares cuando ha alcanzado los dos tercios de su desarrollo, que coincide generalmente entre los 16 y 18 años (Jorge, 2017).

Exodoncia por motivos ortodónticos son realizados cuando existe un apiñamiento severo el cual impide el tratamiento ortodóntico y es más probable la exodoncia de las primeras premolares y en algunos casos de otras piezas dentarias según el diagnóstico (Chiapasco, 2010).

En las exodoncias estratégicas en el ámbito de la rehabilitación, puede ser ventajosa para algunos casos en resultados estéticos y mantenimiento periodontal. Los dientes supernumerarios, temporarios persistentes y ectópicos que manifiesten alguna alteración en la estética, son indicados para la extracción con fines protésicos u ortodónticos (Ries, 1973).

2.1.3.1 Radiología en exodoncias

Las radiografías forman parte del diagnóstico, no es el único, ayudando a evaluar la patología y lograr un plan de tratamiento. Las radiografías deben permitirme enfocar un área más amplia de lo que se analizará sin excluir zonas patológicas sin visión. Las radiografías me permiten evaluar el costo biológico y el beneficio diagnóstico, tratando así de limitar las radiaciones. Las radiografías más comunes o utilizadas son las intraorales. Entre ellas tenemos las periapicales, oclusales. Y la extraorales como la: ortopantomografía o panorámica. Nos permite a evaluar las piezas y ayudar en el diagnóstico, son de fácil ejecución en los consultorios. Las ortopantomografías nos permite información pero operatoria y postoperatoria permite una imagen en conjunto de los maxilares así poder evaluar el desarrollo de lesiones fuera del espacio dentario como lesiones quísticas, tumores, etc (Chiapasco, 2010).

2.1.4 Anestesia Local

Es la eliminación de la sensibilidad de una zona específica de la cavidad oral, manteniendo consciente al paciente. Se logra por distintos procedimientos, uno de ellos es la inyección de sustancias químicas que comunican a las terminaciones nerviosas periféricas, anulando las transmisiones de dolor a los centros generales (Ries, 1973).

El dolor se puede manejar de dos formas, directa, eliminando la causa y de forma indirecta bloqueando transmisiones de dolor. En esta segunda opción deberán bloquear la transmisión de estímulos a nivel central, este impedimento puede ser temporal o permanente. En odontología interesa que este efecto sea reversible y que permanezca mientras se realiza el tratamiento odontológico (Cosme y Berini, 1999).

Tenemos dos grupos de anestésicos locales. Grupo éster, se han reportado información de reacciones alérgicas que presenta en su uso, encontramos en este grupo a la procaina, propoxicaina, tetracaina y benzocaína. Grupo amida, son los más usados actualmente por presentar información de ser menos alérgicos y por ser de mayor velocidad de inicio y acción moderada, tenemos en este grupo a la lidocaína, mepivacaina, prilocaina, bupivacaina, etidocaina y articaina (Céspedes y Mollinedo, 2012).

El instrumental necesario para la aplicación de la anestesia local está constituido de jeringas, agujas e instrumentos adicionales como antisépticos, gasas estériles y hemostático. Las técnicas de anestesia local en odontología se dividen en tres: anestesia tópica, infiltrativa y anestesia conductiva (Ávila, 2017).

2.1.4.1 Lidocaína

Es un anestésico del grupo amida, producido por primera vez en 1946. Es uno de los anestésicos más empleados en odontología por su profunda y gran potencia que posee. Con un Pk de 7.8 el cual le da la propiedad de un inicio de acción rápida y tiempo de duración de 1 a 3 horas. Su absorción es levemente más rápida y larga cuando va asociado a un vasoconstrictor como la epinefrina, aumentando su velocidad de absorción y disminuyendo su toxicidad. La lidocaína presenta efectos secundarios como la somnolencia, caída de presión arterial y reacciones no comunes tras su uso. Se presenta en diversas formas: Inyectables (0,5%), gel (2%), pomada (5%), aerosol (10%) (Céspedes B. et al., 2012).

2.1.4.1.1 Lidocaína 2% con epinefrina.

Es la formulación de uso odontológico de acción rápida y mayor profundidad anestésica a comparación con la procaina. La lidocaína bloquea al inicio y en la conducción de impulsos nerviosos reduciendo la permeabilidad de la membrana de iones de sodio de esta manera estabilizan reversiblemente. La epinefrina (coadyuvante) produce vasoconstricción, disminuyendo la absorción vascular del anestésico local prolongando la permanencia de la acción y disminuye la toxicidad debido al anestésico (Calvo, 2018).

2.1.4.2 Mepivacaina

Es un anestésico que después de la lidocaína es el más usado por sus propiedades similares. Posee un pk de 7.6 lo cual hace de un anestésico de acción intermedia con un inicio de acción rápida de 1 a 2 minutos, con una duración de 1.5 a 2 horas. Los efectos adversos se presentan en sobredosis que provoca un declive del sistema nervioso

central. La mepivacaina presenta soluciones de concentración de 2% con levonorfedrina 1: 20000 UI o 3% sin vasoconstrictor (Céspedes y Mollinedo, 2012).

2.1.5 Personalidad

Se refiere a aspectos psicológicos y biológicos, además de característico que distingue a las personas. Durante mucho tiempo se pensó que la personalidad era inmodificable, es por eso del término personalidad para designar rasgos característicos de una persona. Actualmente eso es erróneo. W. Allport la define como organización dinámica, en el interior del individuo que determinan su conducta y pensamiento. En la personalidad se encuentran elementos de origen hereditario y ambiental. La herencia entrega el aspecto físico y la genética el aspecto racional de captar el mundo. El ambiente brinda pautas para la interpretación y dar significados a los estímulos y determinar una respuesta y con ello formar la personalidad (Salvaggio, 2014).

2.1.5.1 *Carácter*

Son las cualidades que se adquieren y establecen de la sociedad conformando así el comportamiento de las personas, junto con el temperamento forman la personalidad. No es asociado a factores genéticos sino sociales, educativos y culturales. Es por eso que el carácter puede ser educado, modificado, guiado por la inteligencia y voluntad. Existen tipos de carácter como el nervioso, colérico, flemático, sentimental, apasionado, amorfo, apático (Salvaggio, 2014).

2.1.5.2 *Temperamento*

Dependemos del temperamento para adaptarnos al medio. Se habla de temperamento algo natural, por más que la educación y el entorno social influyan. Una

persona ante situaciones de estrés la controla de acuerdo a su temperamento, de lo contrario puede ocasionarle problemas (Pérez y Gardey, 2010).

Según Hipócrates (460 a.C. – 370 a.C.) y Galeno (129 – 200) se mencionaba de cuatro tipos de temperamento: flemático, colérico, melancólico y sanguíneo (Pérez y Gardey, 2010).

III. Método

3.1 Tipo de investigación

Según Mario Bunge M. (1960):

- Básico

Según Ignacio Méndez R. (1990)

- Prospectivo
- Observacional
- Comparativo
- Transversal

3.2 Ámbito temporal y espacial

3.2.1 Ámbito temporal

El presente trabajo osciló en el mes octubre a diciembre del año 2018.

3.2.2 Ámbito espacial

El desarrollo de la investigación se llevó acabo en el departamento de cirugía bucomaxilofacial del Hospital Militar Central, Pueblo Libre, Lima, Perú.

3.3 Variables

Variable dependiente: Ansiedad dental

Variable independiente: Dolor dental

3.3.1 Operacionalización de las variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES					
VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	VALORES
Ansiedad Dental	Es la situación emotiva que se produce en fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales.	<ul style="list-style-type: none"> • Leve o nula • Moderada • Elevada • Severa 	Clasificación Escala de Ansiedad de Corah Modificada	Ordinal	Puntaje: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad leve o nula (menos de 9) • Ansiedad moderada (9 – 12) • Ansiedad elevada (13 – 14) • Ansiedad Severa (15 a más)
Dolor Dental	Es una experiencia desagradable asociada primariamente a una lesión tisular o descrita como tal.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderada • Severa 	Clasificación Escala Visual Análoga	Ordinal	Puntaje: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor ausente • Dolor leve (0,1 – 3) • Dolor moderado (3,1 - 7) • Dolor severo (7,1 - 10)

3.4 Población y muestra

- La población está conformada por los pacientes atendidos en el servicio Cirugía Buco maxilofacial del Hospital Militar Central.
- Para describir la muestra se utilizaron datos proporcionados por el área de Cirugía Maxilofacial del Hospital, considerando la asistencia de los pacientes.
- Se procedió hacer el cálculo muestral aplicando fórmula estadística obteniendo como resultado 48,86 pacientes, para lo cual en el estudio participaron 50 pacientes adultos.

3.4.1 Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes que deseen colaborar con la investigación.
- ✓ Pacientes que tengan entre 18 – 70 años de edad.
- ✓ Pacientes que presenten dientes para tratamiento de cirugías (exodoncias).

- ✓ Pacientes que asisten por primera vez a una extracción dental.

3.4.2 Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que presenten enfermedades sistémicas.
- ✓ Pacientes con trastornos psicológicos que pueda afectar al resultado del estudio.
- ✓ Pacientes embarazadas.

3.5 Instrumentos

- Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada (MDAS) (Anexo 2)
- Escala visual analógica (EVA) (Anexo 2)

3.6 Procedimientos

Para la ejecución del proyecto se solicitó previamente una carta de presentación a la Escuela Académico Profesional de Odontología, dirigida al Director encargado del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” con el fin de aprobar y brindar las facilidades para la ejecución de esta investigación en dicho centro hospitalario, el cual lleva por título: “Ansiedad y su relación con el dolor dental en exodoncias de pacientes que asisten al departamento de cirugía bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”, Lima Perú 2018”.

Una vez aprobado el permiso por la entidad competente, y ya en el área de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” se realizó el contacto con los pacientes que llegaron al servicio, a los cuales se les invito a ser partícipes de esta investigación.

Se procedió a la investigación basándonos en la historia clínica del paciente si este requiere tratamientos quirúrgicos (exodoncias). Se comparó el nivel de ansiedad antes del tratamiento de exodoncia, con el nivel de dolor después. Se evaluó pacientes hombres y mujeres de 18 a 70 años de edad.

Para la evaluación de la ansiedad se utilizará la prueba de ansiedad de Corah que consta de cinco preguntas relacionadas con el tratamiento odontológico, teniendo cinco opciones de respuesta; menos de 9 puntos se consideraron ansiedad leve o nula, entre 9 – 12 puntos ansiedad moderada, entre 13 – 14 puntos ansiedad elevada y a partir de 15 puntos ansiedad severa o fobia.

Para evaluar el dolor se usará la Escala Visual Análoga considerando dolor ausente, leve (0,1 – 3), moderado (3,1 – 7) y severo (7,1 – 10).

Se instruyó a los pacientes sobre el llenado del test mientras estaban en la sala de espera. Se definieron dos periodos: antes y después; antes de iniciar el tratamiento el paciente lleno la encuesta de ansiedad (Corah modificado) y se informó que sería llamado telefónicamente para evaluar el grado de dolor 24 horas después del tratamiento. Se tomó en cuenta la ingesta de fármacos (analgésicos), si presentó inflamación o hinchazón post – operatoria.

3.7 Análisis de datos

Se elaboró la base de datos en Stata v15, para el análisis estadístico. Se construyeron las tablas de frecuencias de doble entrada con sus respectivos porcentajes. Se construyeron graficas de barras compuestas.

Para evaluar la relación entre las variables categorizadas se utilizó la prueba de chi², con un nivel de significancia de 0.05.

3.8 Consideraciones éticas

En el presente trabajo se tuvo la consideración de aspectos que no alteren la condición de la salud física, moral y psicológica de los pacientes. Se mantuvo la confidencialidad de los datos y respuestas halladas. Se solicitó a los participantes a firmar un consentimiento informado y se aclaró sus dudas respecto al estudio.

IV. Resultados

En nuestro estudio, 50 pacientes (30 hombres y 20 mujeres) en el rango de edad de 18 – 70 años participaron y se sometieron a extracciones de un solo diente. Varios datos fueron compilados y calculados como se muestra a continuación en las siguientes tablas.

Tabla 1

Pacientes del departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central

“Coronel Luis Arias Schreiber” según sexo

Sexo	N° de Pacientes	% de Pacientes
Masculino	30	60
Femenino	20	40
Total	50	100

Interpretación: Se observa un mayor porcentaje en hombres (60%) y mujeres (40%)

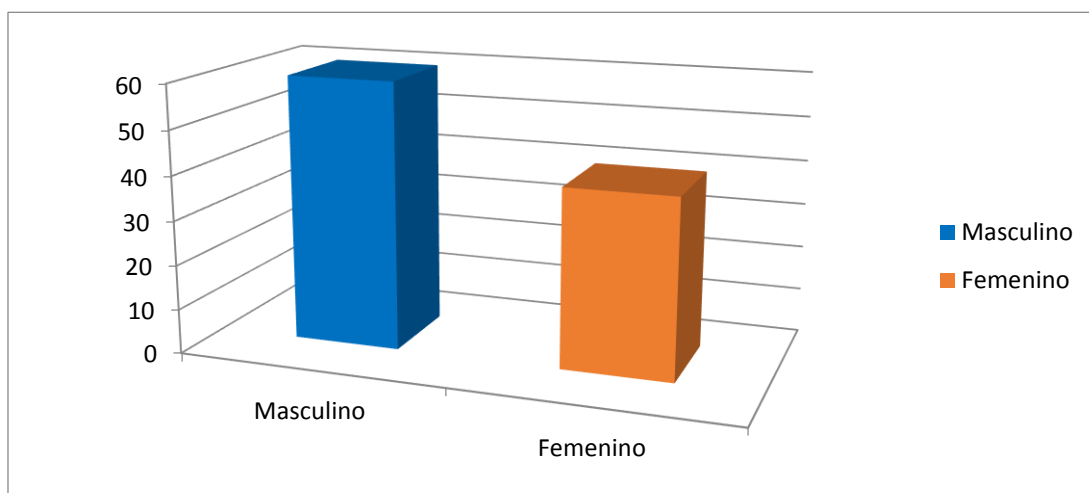


Figura I. Pacientes del departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” según sexo.

Tabla N°2

Pacientes del departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central

“Coronel Luis Arias Schreiber” según edad

Edad	Total	%
18-25	27	54
26-33	5	10
34-41	2	4
42-49	3	6
50-57	5	10
58-65	7	14
66- mas	1	2
Total	50	100

Interpretación: Según edad se observa un mayor porcentaje en el rango de 18 – 25 años (54%), seguido del rango entre los 58 – 65 años (14%). También se observa el menor porcentaje en el rango de 66 a más años (2%).

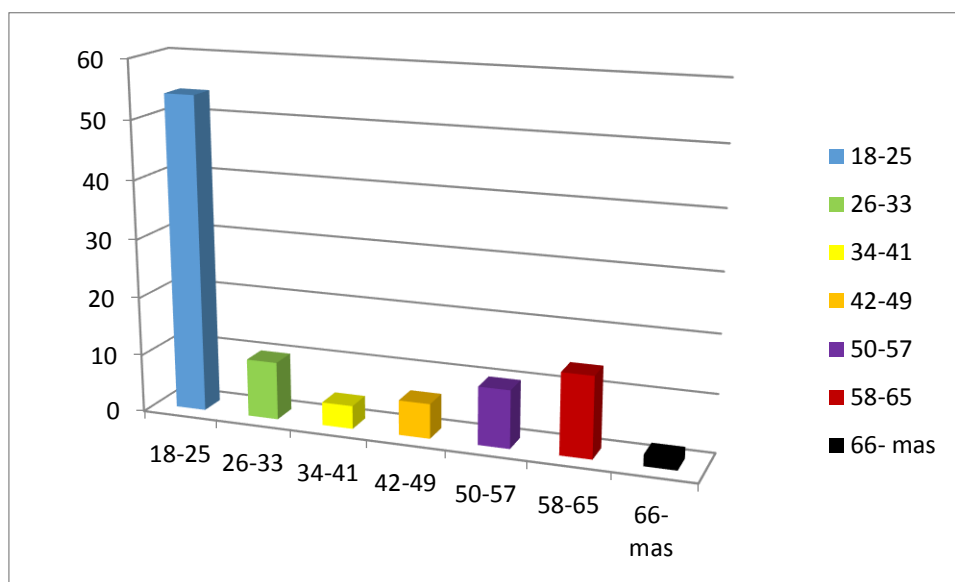


Figura II. Pacientes del departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber según edad.

Tabla N° 3

Ansiedad antes de las exodoncias según sexo. Pacientes del departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”

Ansiedad	Sexo				Total
	Femenino		Masculino		
	N°	%	N°	%	
Leve o Nula	3	15.0	16	53.3	19
Moderada	12	60.0	10	33.3	22
Elevada	1	5.0	2	6.7	3
Severa	4	20.0	2	6.7	6
Total	20	100.0	30	100.0	50

Chi2 de Pearson = 8.4131 P = 0.038

Interpretación: Se observa un mayor porcentaje de ansiedad moderada en el sexo femenino (60%) respecto a los de sexo masculino (33.3%). Ansiedad nula o leve fue mayor en el sexo masculino (53.3%) en comparación en mujeres (15.0%). Al comparar ansiedad según sexo se encontró diferencias significativas, $p < 0.05$.

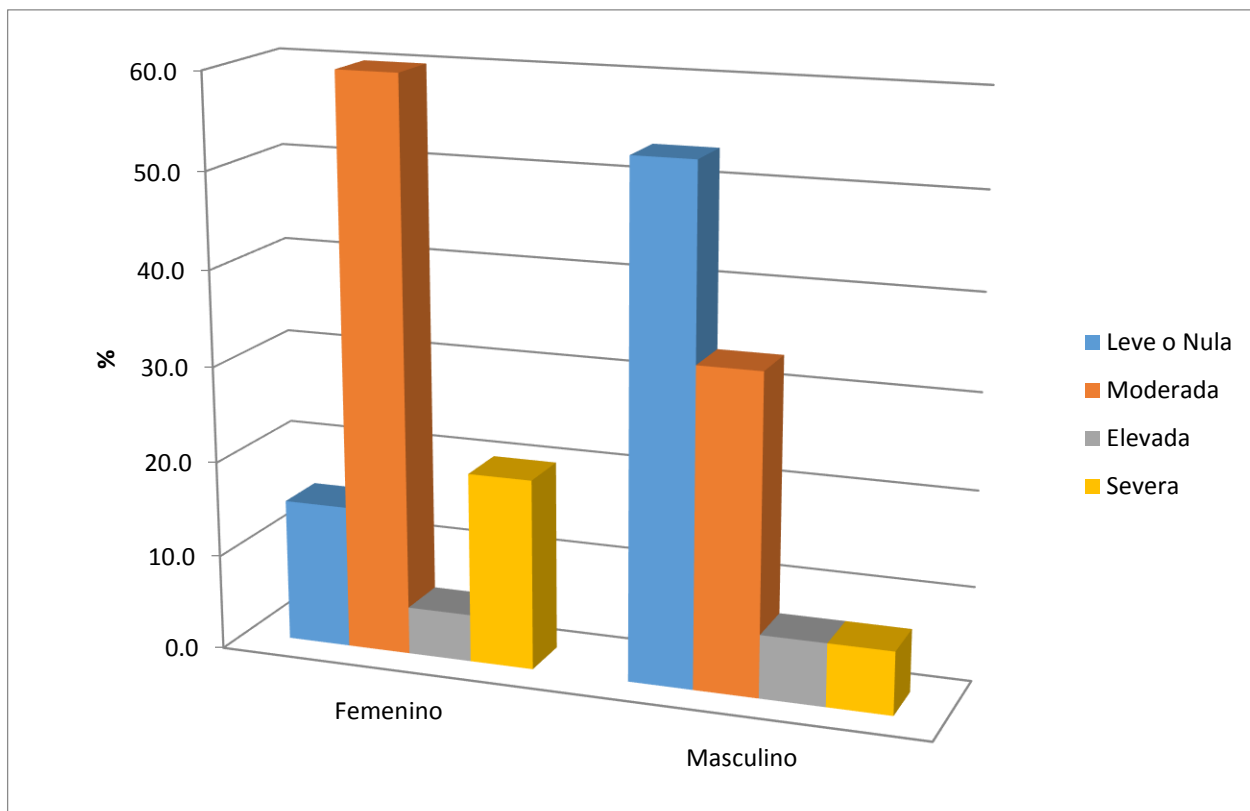


Figura III. Ansiedad antes de las exodoncias según sexo. Pacientes del departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.

Tabla N° 4

Ansiedad antes de las exodoncias según edad. Pacientes del departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”

Edad	Ansiedad								Total
	Leve o Nula		Moderada		Elevada		Severa		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
18-25	8	29.6	13	48.1	3	11.1	3	11.1	27
26-33	1	20.0	3	60.0	0	0.0	1	20.0	5
34-41	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2
42-49	1	33.3	1	33.3	0	0.0	1	33.3	3
50-57	1	20.0	3	60.0	0	0.0	1	20.0	5
58-65	5	71.4	2	28.6	0	0.0	0	0.0	7
66- mas	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
Total	19	38.0	22	44.0	3	6.0	6	12.0	50

Chi2 de Pearson = 14.3690 P = 0.705

Interpretación: Según edad, se obtiene que más del 50% tiene entre 18 y 25 años, de los cuales, el 48.1% presentan ansiedad moderada, seguido por ansiedad leve o nula con el 29.6%. El grupo de edad de 58 a 65 años representa el segundo grupo de edad más frecuente, entre ellos, el 71.4% presenta ansiedad leve o nula. Al comparar la ansiedad por grupos de edad no se encontró diferencias significativas, $P > 0.05$.

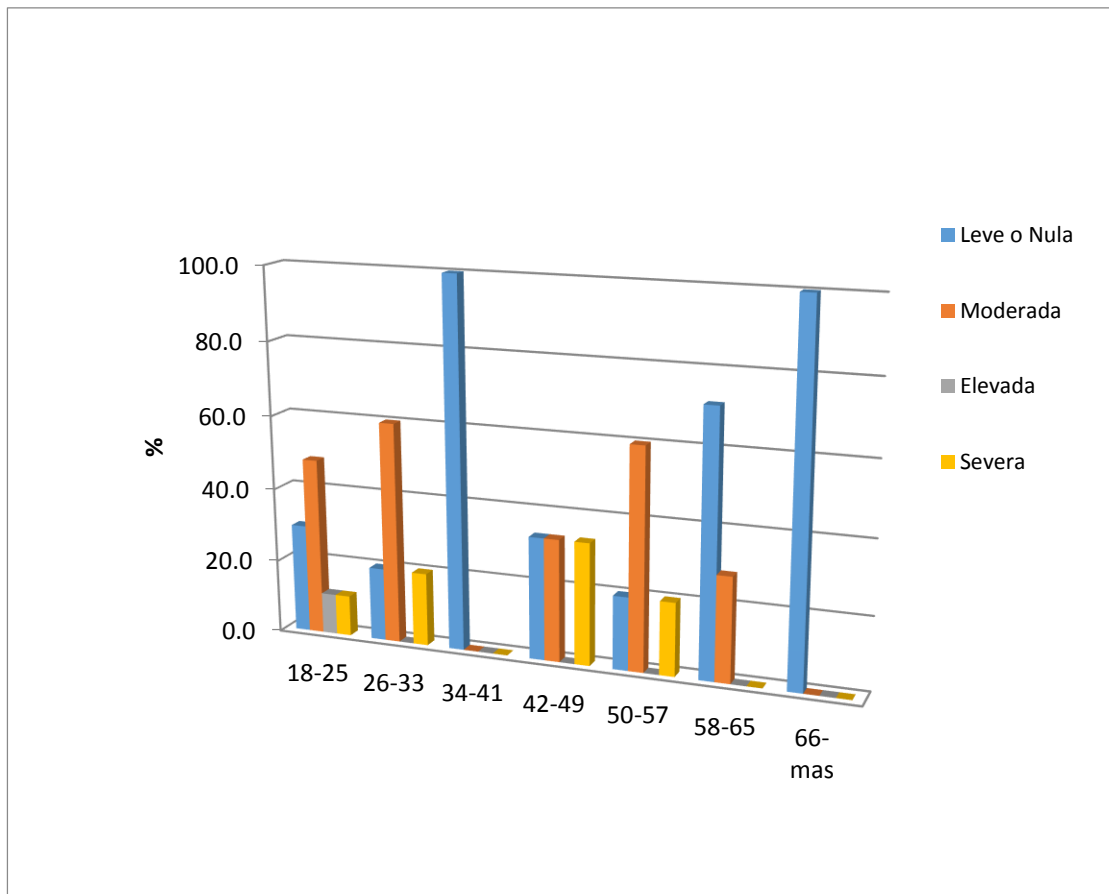


Figura IV. Ansiedad antes de las exodoncias según edad. Pacientes del departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.

Tabla N° 5

Dolor dental después de las exodoncias según sexo. Pacientes del departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.

Dolor	Sexo				Total
	Femenino		Masculino		
	N°	%	N°	%	
Ausente	1	5.0	5	16.7	6
Leve	7	35.0	14	46.7	21
Moderado	12	60.0	11	36.7	23
Total	20	100.0	30	100.0	50

Chi2 de Pearson = 3.1703 P = 0.205

Interpretación: En el sexo femenino, el mayor porcentaje presentan dolor dental moderado (60.0%) seguido por el dolor leve (35%). En los de sexo masculino, el 46.7% presentan dolor dental leve y el 36.7% presentan dolor moderado, pero al comparar entre ambos sexos no se encontró diferencias significativas, $P > 0.05$.

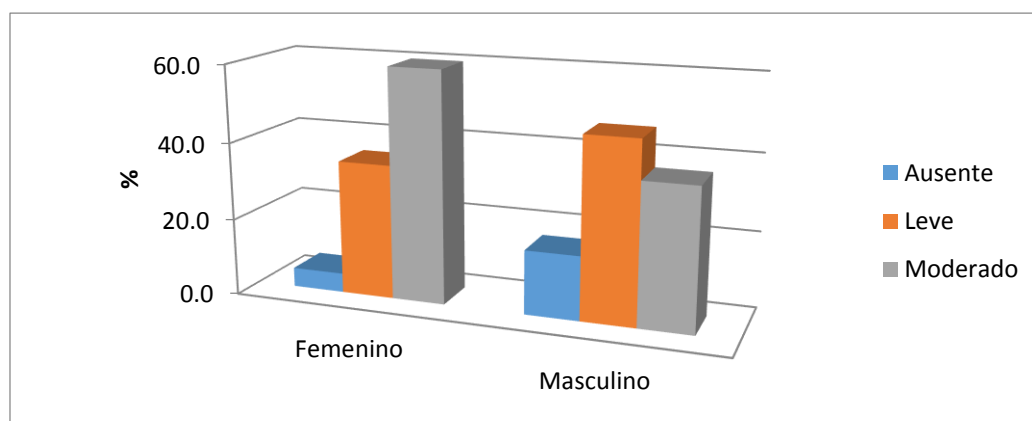


Figura V. Dolor dental después de las exodoncias según sexo. Pacientes del departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.

Tabla N° 6

Dolor dental después de las exodoncias según edad de los pacientes que acuden al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial. Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”

Edad	Dolor						Total
	Ausente		Leve		Moderado		
	N°	%	N°	%	N°	%	
18-25	2	7.4	10	37.0	15	55.6	27
26-33	0	0.0	2	40.0	3	60.0	5
34-41	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2
42-49	0	0.0	1	33.3	2	66.7	3
50-57	0	0.0	2	40.0	3	60.0	5
58-65	3	42.9	4	57.1	0	0.0	7
66- mas	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1
Total	6	12.0	21	42.0	23	46.0	50

Chi2 de Pearson = 17.3912 P = 0.135

En el grupo de 18 a 25 años, el mayor porcentaje presentan dolor moderado (55.6%) seguido por el dolor leve (37.0%), en el grupo de 58 a 65 años, el mayor porcentaje presentan dolor leve (57.1%), seguido por el dolor ausente con el 42.9%. Al comparar el dolor según edad no se encontró diferencias significativas, $P > 0.05$.

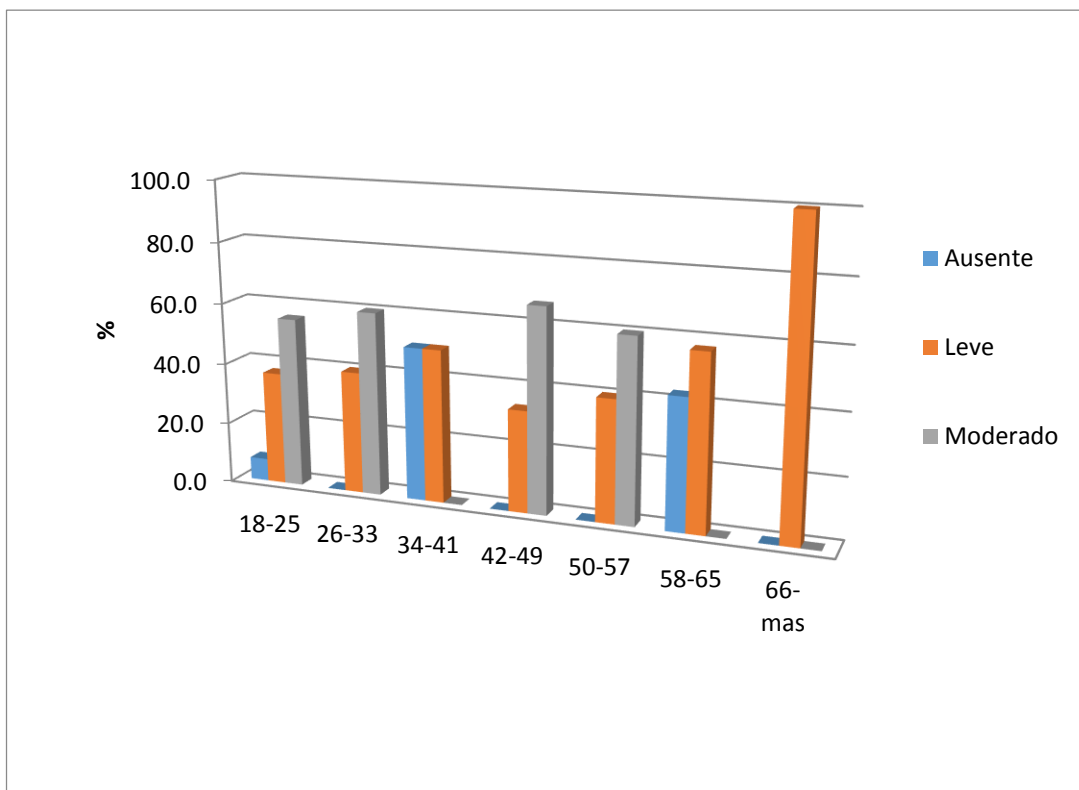


Figura VI. Dolor dental después de las exodoncias según edad de los pacientes que acuden al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial. Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.

Tabla N° 7

Relación entre ansiedad y dolor dental después de las exodoncias de los pacientes que acuden al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial. Hospital Militar Central

“Coronel Luis Arias Schreiber”

Ansiedad	Dolor						Total
	Ausente		Leve		Moderado		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Leve o Nula	4	66.7	11	52.4	4	17.4	19
Moderada	2	33.3	9	42.9	11	47.8	22
Elevada	0	0.0	0	0.0	3	13.0	3
Severa	0	0.0	1	4.8	5	21.7	6
Total	6	100.0	21	100.0	23	100.0	50

Chi2 de Pearson = 12.2256 P = 0.057

Interpretación: Tanto en ansiedad como en dolor dental, el mayor porcentaje de pacientes presentan ansiedad leve o nula o moderada y dolor leve o moderado. Al evaluar la relación entre ansiedad y dolor se encuentra una ligera asociación, P = 0.05.

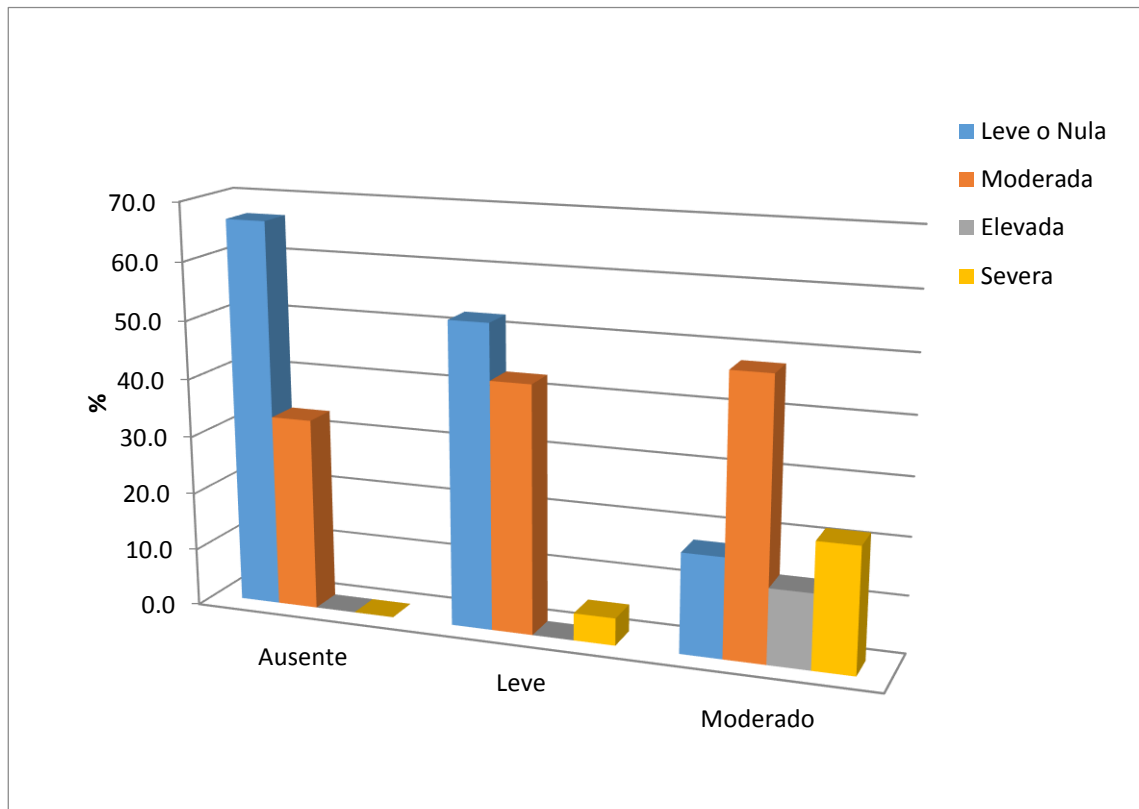


Figura VII. Relación entre ansiedad y dolor dental después de las exodoncias de los pacientes que acuden al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial. Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”.

V. Discusión de resultados

Luego de analizar los resultados obtenidos se puede evidenciar que existe una ligera relación entre ansiedad y dolor dental en exodoncias de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”, encontrándose ansiedad moderada en el sexo femenino (60%) respecto a los de sexo masculino (33.3%), lo que difiere de los estudios de Orozco (2015) que no se encontró diferencias significativas en la ansiedad según el sexo. Además para medir la ansiedad, Orozco, usó el inventario de ansiedad de Beck que se basa generalmente en respuestas fisiológicas.

Ávila (2017) determinó que el nivel de ansiedad que predominó fue la ansiedad elevada en mujeres a diferencia de esta investigación que fue de ansiedad moderada (60%), de igual manera en los hombres la ansiedad que determinó Ávila fue ansiedad moderada y que en esta investigación fue de ansiedad leve (53.3%).

Tanto en ansiedad como en dolor dental, el mayor porcentaje de pacientes presentan ansiedad leve o nula o moderada y dolor leve o moderado. Al evaluar la relación entre ansiedad y dolor se encuentra una ligera asociación, $P = 0.05$ en el presente trabajo, la misma conclusión fue descrita por Martínez (2013) encontrando que no hubo relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y dolor en el tratamiento endodóntico, antes, durante y después.

Santhosh (2017) determinó que la ansiedad preoperatoria es un factor importante para predecir el dolor dental, es decir encontró una relación fuerte entre el nivel de ansiedad antes con el dolor dental durante el tratamiento, discrepa con este estudio debido a que el nivel de ansiedad antes y el dolor después nos da una ligera asociación.

Entre los resultados hallados en este estudio se encontró que mayor porcentaje (60%) son mujeres que presentan ansiedad moderada a diferencia de los varones.

VI. Conclusiones

- La ansiedad dental preoperatoria es un importante predictor del dolor experimentado por los pacientes durante las extracciones dentales. Por lo tanto, reducir la ansiedad antes del tratamiento reducirá la percepción del dolor.
- Un mayor porcentaje de ansiedad moderada (60%) se presentó en el sexo femenino, en comparación de la ansiedad nula o leve que fue mayor en el sexo masculino (53.3%).
- Al comparar tanto la ansiedad y el dolor por grupos de edad no se encontró diferencias significativas, $P = 0.705$ y $P = 0.135$, respectivamente. ($P > 0.05$).
- No se encontró asociación significativa al relacionar la ansiedad y el dolor.
 $P = 0.057$.

VII. Recomendaciones

- Continuar investigaciones futuras sobre la diferencia con respecto a la ansiedad y el dolor en poblaciones civiles.
- Considerar la incorporación en la historia clínica las escalas de evaluación del dolor y la ansiedad dental, herramienta muy útil para el odontólogo y así pueda utilizarlo para personalizar el tratamiento y manejo de los pacientes.
- Investigar otro tipo de factores que puedan alterar la ansiedad y el dolor
- Realizar estudios con respecto al dolor y ansiedad en población de menores de edad.

VIII. Referencias

- Aquilino, L. (2003) *Fundamentos de psicología de la personalidad*. España: Universidad de Navarra.
- Ávila, P. (2017). *Percepción del dolor y niveles de ansiedad durante la aplicación de anestesia local odontológica sin vasoconstrictor en pacientes adultos sanos*. Universidad de las Américas. Quito, Ecuador.
- Balaguer, G. (2006). *Ansiedad: el porqué de los síntomas*. (en línea). Consultado el 8 de Mar. 2014. Recuperado de:
<http://www.clinicadeansiedad.com/Documento.asp?doc=216>
- Belaunde, E. (2004). *Miedo al dentista*. Consultado el 7 Mar.2014. Recuperado de:
<http://www.odontomarketing.com>
- Casanova, C. (2017). *Nivel de ansiedad pre- quirúrgica en pacientes sometidos a cirugía oral en la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego*. Universidad Privada Antenor Orrego Trujillo, Perú.
- Calvo, D. (2018). *Formulario Nacional de Medicamentos*. La Habana, Cuba.
Recuperado de:
<http://fnmedicamentos.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=107>
- Céspedes, B. y Mollinedo, M. (2012). Anestésicos locales en Odontología. *Revista de Actualización Clínica Investiga* (27). La Paz, Bolivia.
- Chiapasco, M. (2010). Tácticas y técnicas en cirugía oral. *Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, CA (AMOLCA) 2da edición*. Venezuela.

Clínica de la Ansiedad. (2018). Madrid y Barcelona. Recuperado de:

<https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/prevencion-de-la-ansiedad/ansiedad-y-respiracion/>

Cordero, R. (2019). Tratamiento del dolor. *Laboratorio Grünenthal*. Alemania.

Recuperado de: [https://www.grunenthal.com.pe/grt-web/Grunenthal Peruana S.A. /Tratamiento del dolor /Dolor cronico / Fisiopatologia y tipos /Dolor neuropatico /es PE/200000293.jsp](https://www.grunenthal.com.pe/grt-web/Grunenthal%20Peruana%20S.A./Tratamiento%20del%20dolor/Dolor%20cronico/Fisiopatologia%20y%20tipos/Dolor%20neuropatico/es%20PE/200000293.jsp)

Cosme, G. y Berini, L. (1999). Tratado de Cirugía Bucal. 1ºed. Madrid: Ediciones Ergon S.A.

De los Mártires, I. (2017). *Salud y cuidados*. Hospital Viamed, Montecanal.Consulado 2017. Zaragoza, España. Recuperado de:

<http://www.saludcuidados.com/afecta-estres-la-ansiedad-aparato-digestivo/>

Dou, L., Vanschaayk, M., Zhang, Y., Fu, X., Ji, P., y Yang, D. (2018). The prevalence of dental anxiety and its association with pain and other variables among adult patients with irreversible pulpitis. *BMC Oral Health*, 18 (101), 1 – 6.

Espejo, R. (2014). *Ansiedad dental en pacientes adultos del servicio de odontología de los Hospitales Regional Docente de Trujillo y Belén de Trujillo*. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú.

Gancedo, C. (2008). *Pediatría Integral. Majadahonda*. Madrid.

Jorge, M. (2017). *Nivel de ansiedad en cirugías de terceras molares en paciente atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Norbert Wiener Lima 2016 II*. Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú.

Kruger, G. (1985). *Cirugía Buco-Máxilo Facial*. La Habana, Cuba. 5ta Edición Ed Científico Técnica La Habana.

López, F. (1996). *Clínicas urológicas de la Complutense*. España. Servicio de publicaciones UCM.

Loezer, J. (2013). *Terapéutica del dolor*. Editorial Mc Graw – Hill. Recuperado de:

<http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%202.pdf>

Mayo C. (2017). *Neuralgia del trigémino*. Editorial Clínica Mayo. Recuperado de:

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/trigeminal-neuralgia/diagnosis-treatment/drc-20353347>

Martínez, A. (2009). *Anestesia bucal*. Argentina. Editorial médica panamericana.

Martínez, N. y García, C. (2013). Relación entre la ansiedad y el dolor dental en el tratamiento endodóntico en pacientes del centro médico naval. *Revista científica odontológica UCSUR*, 1(1), 26-30.

Maulina, T., Djustiana, N. y Nurhalim, S. (2017). The Effect of Music Intervention on Dental Anxiety During Dental Extraction Procedure. *Todentj*, 11(1), 565 – 572.

Monardes, H. y Peña, C. (2018). Nivel de ansiedad en pacientes previo a un tratamiento de endodoncia Chile. *Canal abierto*, 33(1), 14 – 18.

Munayco, E. (2017). *Relación entre ansiedad, miedo dental de los acompañantes y la colaboración de los niños de 3 a 6 años frente al tratamiento odontológico*.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

- Moya, M. (1995). Revista Chilena de cirugía. *Sociedad de cirujanos de Chile*, 47 (3), 274 – 280.
- Okeson, J. (2003). *Dolor orofacial según Bell*. Argentina. Editorial Quebrajar books.
- Okeson, J. (2003). *Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares*. Argentina. Editorial Elsevier.
- Orozco, Y. (2015) *Nivel de ansiedad en pacientes adultos que se encuentran en la sala de espera de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala* (Tesis de pregrado). Universidad San Carlos de Guatemala. Guatemala.
- Palacios, E., Saenz, L. y Rondon, V. (1998). *Dolor en estomatología*. Perú. Ediciones para el desarrollo.
- Pérez, J. y Gardey, A. (2010). *Definición de temperamento*. Recuperado de: <https://definicion.de/temperamento>
- Ramos, K. (2013). *Niveles de ansiedad y miedo en niños de 3 a 8 años atendidos en las clínicas de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena* (Tesis de pregrado). Universidad de Cartagena, Colombia.
- Ries, G. (1973). *Cirugía bucal con patología, clínica y terapéutica*. Argentina. 7ma edición, El Ateneo.
- Rodríguez, A. (2018). *Los efectos de la ansiedad en el sistema endocrino*. Recuperado de: <https://sintomasdelaansiedad.com/ansiedad/sintomas/sistema-endocrino>

Salvaggio, D. (2014). *Psicosociología de las Organizaciones*. Recuperado de:

<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2410/La%20personalidad.pdf?sequence=1>

Santhosh, K. (2017). Relación entre la ansiedad dental y la experiencia del dolor dental durante las extracciones. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 10 (3), 13 - 18.

Scrivani, S. y Spierings, E. (2016) classification and Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Pain. *Elvesier*, 28(3), 233 – 247.

Tze-Fang, W., Ya-Ting, W., Chien-Fu, T. y Chyuan, C. (2017). Associations between dental anxiety and postoperative pain following extraction of horizontally impacted wisdom teeth. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 96(47), 133 - 145.

Valdeavellano, R. (2005). Manual de exodoncia. Recuperado de: <https://4tousac.files.wordpress.com/2012/07/manual-de-exodoncia.pdf>

William, A., Rodríguez, G., Capote, M., Sánchez, C. y Anaymi, S. (2010). Consideraciones bioéticas en el manejo del dolor en odontología. *Acta odontológica Venezolana*, 48(4), 1 – 6.

IX. Anexos

Anexo 1: Ficha de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:

Nombres y Apellidos:.....

Edad:.....

Sexo:.....

Nivel Educacional:

Tipo de cirugía oral: Simple () Compleja ()

Valor mediante la Escala MDAS:

Valores mediante Escala del Dolor VAS:

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

I. Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada (MDAS)

A. Si usted tuviera que ir al dentista mañana, ¿cómo se sentiría?:

1. Relajado, nada ansioso
2. Ligeramente ansioso
3. Bastante ansioso
4. Muy ansioso e intranquilo
5. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

B. Cuándo usted está esperando su turno en la consulta del dentista; ¿cómo se siente?:

1. Relajado, nada ansioso
2. Ligeramente ansioso
3. Bastante ansioso
4. Muy ansioso e intranquilo
5. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

C. Cuándo usted está en el sillón de dentista esperando mientras él sostiene el taladro listo empezar el trabajo en sus dientes, ¿cómo se siente?:

1. Relajado, nada ansioso
2. Ligeramente ansioso
3. Bastante ansioso
4. Muy ansioso e intranquilo
5. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

D. Usted está en el sillón del dentista preparado para una limpieza dental. Mientras usted está esperando, el dentista está sacando los instrumentos que él usará para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?:

1. Relajado, nada ansioso
2. Ligeramente ansioso
3. Bastante ansioso
4. Muy ansioso e intranquilo
5. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

E. Si le van a inyectar con una aguja anestésica local para su tratamiento dental ¿Cómo se siente?:

1. Relajado, nada ansioso
2. Ligeramente ansioso
3. Bastante ansioso
4. Muy ansioso e intranquilo
5. Extremadamente ansioso (sudado, taquicárdico, con sensación de enfermedad grave)

II. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA): (Dolor)

No dolor ----- Insoponible
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo 3: Carta de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con
DNI:.....paciente del departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del
Hospital Militar Central, doy mi consentimiento para que CCORA HUAYRA JUAN
CARLOS, bachiller en Odontología de la Universidad Nacional Federico Villareal con
N° DNI 44025279, me realice un test de la ansiedad y dolor con fines de un trabajo de
investigación de tesis titulado: “Relación entre ansiedad y dolor en exodoncias”.
Habiendo comprendido las explicaciones realizadas, AUTORIZO a iniciar el mismo.

Pueblo Libre,..... de.....2018

FIRMA

Anexo 4: Carta de presentación.

	PERÚ	Ministerio de Defensa	Ejército Del Perú	Comando de Salud del Ejército	Hospital Militar Central	Departamento de Apoyo a la Docencia
---	-------------	------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Jesús María, 23 de Octubre de 2018

Oficio N° 1112/AA-11/B/HMC/DADCI

Señor: **Bachiller CCORA HUAYRA JUAN CARLOS**

Asunto: **Autorización para ejecución de trabajo de investigación que se indica**


Ref: a. Solicitud del interesado s/n del 16 Octubre 2018
 b. Proyecto de investigación (47 folios)
 c. Directiva Nº 0027 Y- 6.1.3.c./05.00 "Normas para la realización de trabajos de investigación y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Del Ejército".

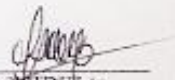
Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para comunicarle que visto el proyecto de Investigación, el Comité de Ética del HMC, aprueba que Ud. Bachiller Estomatología CCORA HUAYRA JUAN CARLOS (UNFV), ejecute el Trabajo de Investigación titulado: "RELACION ENTRE ANSIEDAD Y DOLOR EN EXODONCIAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".

Por tal motivo como investigador debe coordinar con el Servicio de Cirugía Buca Maxilo facial (Dpto. de Estomatología) y para la revisión de las Historias clínicas con el Dpto. de Registros Médicos de nuestro hospital, sujetándose a las normas de seguridad existentes, incluyendo el consentimiento informado para actividades de docencia e investigación, a fin de no comprometer a la Institución bajo ninguna circunstancia, sin incurrir gastos a la Institución, asimismo al finalizar el estudio deberá remitir una copia del trabajo en físico y virtual al Departamento de Capacitación del HMC (DADCI) para su conocimiento y difusión.

Es propicia la oportunidad para expresarle nuestra consideración más distinguida.

Dios Guarde a Ud.




LUIS MENHETA MORODIAZ
 CRI EP
 Jefe del DADCI
 HOSPITAL MILITAR CENTRAL

DISTRIBUCIÓN:

- Interesado 01
- Dpto. Seguridad.....01
- Dpto. de Reg. Médicos... 01
- Dpto Estomatología..... 01
- Archivo 01/05

LMM/eyl

Anexo 5: Evidencia fotográfica



Figura VIII: Paciente llenando su ficha de recolección de datos.



Figura IX: Explicando la encuesta a pacientes de cirugía buco maxilofacial.



Figura X: Paciente llenando su encuesta de manera efectiva.



Figura XI: En consultorio con el Jefe de Servicio de cirugía bucomaxilofacial, esperando para continuar con el trabajo de investigación.

Anexo 6: Matriz de consistencia

ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON DOLOR DENTAL EN EXODONCIAS DE PACIENTES QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL "CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER", LIMA PERÚ 2018.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	VALORES	MÉTODOS
Ansiedad Dental	Es un estado emocional que se origina en fuentes internas, como fantasías y expectativas no reales.	<ul style="list-style-type: none"> • Leve o nula • Moderada • Elevada • Severa 	Clasificación Escala de Ansiedad de Corah Modificada	Ordinal	<p>Puntaje</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad leve o nula (menos de 9) • Ansiedad moderada (9 – 12) • Ansiedad elevada (13 – 14) • Ansiedad severa (15 a más) 	<p>Tipo de estudio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prospectiva • Observacional • Descriptivo • Transversal <p>Población La población está conformada por los pacientes atendidos en el servicio Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital militar Central.</p> <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que deseen colaborar con la investigación. • Pacientes que tengan entre 18 – 70 años de edad. • Pacientes que presenten dientes para tratamiento de cirugías (exodoncias). • Pacientes que asisten por primera vez a una extracción dental. <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes menores de edad. • Pacientes que presenten enfermedades sistémicas. • Pacientes con trastornos psicológicos que pueda afectar al resultado del estudio. • Pacientes embarazadas. <p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la relación entre ansiedad y dolor dental en exodoncias de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central "Coronel Luis Arias Schreiber", Lima 2018". <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparar la ansiedad antes de las exodoncias según el sexo de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central. • Determinar la ansiedad antes de las exodoncias según la edad de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central. • Determinar el dolor dental después de las exodoncias según el sexo de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central. • Identificar el dolor dental después de las exodoncias según la edad de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central. • Analizar cuál es la relación entre ansiedad y dolor dental antes y después de las exodoncias de pacientes que asisten al departamento de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Militar Central.
Dolor	Es una experiencia desagradable asociada, principalmente a una lesión tisular o descrita como tal.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderada • Severa 	Clasificación Escala Visual Análoga	Ordinal	<p>Puntaje</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor ausente • Dolor leve (0,1 – 3) • Dolor moderado (3,1 – 7) • Dolor severo (7,1 – 10) 	