

Comportamiento del nivel de ansiedad y del grado de dolor en pacientes con tratamiento endodóntico.

Diego Tobón Calle*, Luz Beatriz López Gómez**, Beatriz Eugenia Hoyos Gaviria**.

Resumen

La endodoncia, como especialidad de la Odontología, atiende personas que pueden presentar dolor y ansiedad en diferentes grados motivados por situaciones diversas. El propósito de este estudio fue evaluar la relación entre la ansiedad y el dolor en 104 pacientes, entre los 15 – 75 años, de ambos sexos, que llegaron a la Clínica CES de Sabaneta y a los consultorios particulares de los investigadores y endodoncistas, para tratamiento de endodoncia sin importar el diagnóstico pulpar, previa aceptación de participar en el estudio y firmar el consentimiento informado. Se utilizó la Escala de Ansiedad Dental de Corah (DAS) para evaluar la ansiedad, y la Escala Visual Análoga para evaluar el dolor (VAS), en tres momentos: Antes, Durante y Después de los procedimientos. Al análisis de correlación (coeficiente de Pearson) no se encontró relación entre la ansiedad y el dolor en el período antes del tratamiento endodóntico ($r = 0.171$). En esta investigación se observó que la escala de dolor VAS es completamente reproducible, pero no es tan simple de realizar debido a que aun es una prueba subjetiva no muy comprendida por los pacientes, encontrando variaciones de la verdadera experiencia de dolor cuando se les solicitó señalar la percepción de dolor a lo largo de la línea de marcación. Se sugiere utilizar otras mediciones de dolor con una escala más sensible, por ejemplo una escala verbal que mida la intensidad de dolor de una forma más sencilla como: mucho, poco y nada.

Palabras Claves: Dolor, Ansiedad, Pulpa, Escala Visual Análoga (VAS), Escala de ansiedad de Corah (DAS).

Abstract

Endodontics, as a specialty of dentistry, cares for the patients who sense different degrees of pain and or anxiety as each one perceives the same with more or less intensity. The purpose of this study was to evaluate the relationship between anxiety and pain in 104 patients, between the ages of 15 and 75 years, male and female, who arrived at the CES Clinic in Sabaneta (Antioquia-Colombia) and to the private surgeries of the investigators and Endodontists, for endodontic treatment without considering the pulp diagnosis. The patients who participated in the investigation did so by means of a written consent form. The Corah Dental Anxiety Scale (DAS) was used to evaluate anxiety and the Visual Analogue Scale (VAS) for pain. Before starting the treatment every patient completed the DAS and VAS survey, the latter was also completed by the patient during and after each treatment. In an analysis of correlation, using Pearson's coefficient, no difference was found between anxiety and pain before treatment; $r=0.171$. During the investigation we noted that the VAS is completely reproducible, but is not easy to use with the patients, and variations were found from the true pain experience along the marking line. We suggest that for further studies a more sensitive scale should be used such as a verbal scale that measures the intensity of the pain in a simpler way; a lot, very little and nothing.

Key Words: Pain, Anxiety, Pulp.

*Odontólogo U de A., Endodoncista CES. Director
Posgrado Endodoncia CES.

**Odontóloga Endodoncista CES

** Odontóloga Endodoncista CES

Introducción

A lo largo de toda la historia, el hombre ha intentado explicarse las causas del dolor. Algunos sostienen que es solo un mecanismo de alerta para el organismo; otros creen que ésta es una explicación demasiado simple para un fenómeno tan complejo. ⁽¹⁾ La sensación de dolor es influenciada por muchos factores, más allá de los netamente fisiológicos o neurológicos. ⁽²⁾

El dolor dental (odontalgia) es un problema común y generalmente es diagnosticado y manejado de una manera simple y rápida, pero en algunos casos se convierte en una tarea desafiante y frustrante para el profesional. ^(2, 3)

El dolor es un síntoma tan antiguo como el hombre, sin embargo, fue en el siglo pasado cuando los avances en anatomía, fisiología y biología nos permitieron iniciar el conocimiento de tan complejo fenómeno. En la actualidad, la definición de dolor aceptada por la Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) es la que dio Merskey en 1979 "el dolor es una experiencia sensorial y emocional asociada con una lesión tisular real o potencial o descrita en estos términos". ⁽⁴⁾

La ansiedad es un factor importante ya que es entendida como un estado desagradable, afectivo y emotivo, de penoso sufrimiento, en el cual se ve un peligro o una amenaza, que puede no existir en realidad o, que no es proporcional a la reacción que desencadena en el individuo. La ansiedad es el factor que aporta el más alto grado de presión en una persona con dolor y actúa, a su vez, como un retro-alimentador positivo del mismo, es decir, que tiende no solo a mantenerlo sino a incrementarlo, llegando a establecer en ocasiones un círculo vicioso que puede permanecer y avanzar hasta tal punto que, cuando se suprime la causa, puede persistir el dolor. ^(3, 5, 6)

La percepción del dolor y la ansiedad son concomitantes: a medida que aumenta la ansiedad aumenta también la probabilidad de que los estímulos nocivos, y aún los no nocivos, se manifiesten como dolor. ⁽⁴⁾

Corah desarrolló una escala diseñada para discriminar al paciente ansioso del no ansioso con el

propósito de examinar sus reacciones relacionadas con los procedimientos dentales tanto reales como imaginarios. La escala de Corah está compuesta por 4 preguntas para medir la ansiedad de manera aplicable y válida. ^(7, 8)

La Escala Visual Análoga (VAS) para la medición del dolor fue reportada por primera vez por Scott y Huskisson en 1976. ⁽³³⁾ Ellos pensaron que el dolor es muy subjetivo y que esta escala permite la medición del dolor objetivamente, ya que la misma escala es utilizada para mediciones individuales. La escala visual análoga (VAS) desde entonces ha sido aceptada como un método para la medición de la intensidad del dolor en varios estudios. ^(9, 10, 11, 12, 13)

La Escala Visual Análoga consiste en una línea de 10 cm, donde 0 cm significa no dolor y 10 cm significa el peor dolor imaginable, en la cual el paciente coloca una marca para indicar la intensidad del dolor. ⁽⁸⁾ De 0 a 3 cm es dolor leve, mayor de 3 (decimales) a 7 cm es dolor moderado y mayor de 7 (decimales) a 10 cm es dolor severo. ⁽⁹⁾

Son muy pocos los estudios realizados en Colombia que analicen las relaciones entre la ansiedad al tratamiento odontológico y el dolor. La subjetividad de las variables psicológicas hacen difíciles este tipo de estudio. ⁽¹⁴⁾ Sin embargo, estos dos fenómenos se han estudiado a nivel mundial de manera independiente en muchas investigaciones. Por lo tanto, el propósito de este estudio fue evaluar la relación entre el nivel de ansiedad y el grado de dolor del paciente durante el tratamiento endodóntico.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en el cual se comparó el nivel de dolor antes, durante y después del tratamiento endodóntico, con el nivel de ansiedad a dicho tratamiento en los mismos momentos.

Se evaluaron 104 pacientes entre los 15 y 75 años de ambos sexos, quienes llegaron a la Clínica CES de Sabaneta y a los consultorios particulares de los investigadores y endodoncistas para tratamiento de endodoncia, sin importar el diagnóstico pulpar, durante el período comprendido entre los meses de diciembre de 2003 hasta abril de 2004.

A todos los pacientes se les dio instrucción verbal acerca del tratamiento a realizar por el odontólogo tratante, se les explicó el procedimiento, así como sus riesgos, beneficios y posibles complicaciones. Los pacientes, quienes aceptaron voluntariamente ser partícipes de la investigación firmaron el consentimiento informado. El odontólogo tratante indagó a cada paciente, su edad, sexo y antecedentes de dolor del diente a tratar.

Se hicieron dos encuestas, una de dolor y otra de ansiedad, las cuales fueron evaluadas por dos de los investigadores: para la ansiedad se utilizó la Escala de Ansiedad Dental (DAS) que consta de cuatro preguntas relacionadas con el tratamiento odontológico y el paciente tiene cinco opciones de respuesta para cada pregunta; para las respuestas a, b, c, d y e, se asignaron 1, 2, 3, 4 y 5 puntos respectivamente. Los puntajes totales de 4 a 10 fueron catalogados como ansiedad baja y los mayores de 11, ansiedad alta al tratamiento odontológico.

Para el dolor se utilizó la Escala Visual Análoga (VAS)), cuyos criterios para clasificación de dolor son los siguientes:

- Ausencia de dolor cuando en la escala se marcó con cero (0).
- Dolor leve (puntuación desde 0.1 a 3 cm.)
- Dolor moderado (3.1 a 7 cm.)
- Dolor severo (7.1 a 10 cm.)

Se definieron tres períodos en el tratamiento: Antes, Durante y Después. Antes de iniciar el tratamiento, el paciente llenó la encuesta del dolor y la escala de ansiedad. El paciente marcó el grado de dolor que sintió antes de iniciar el tratamiento endodóntico; si el tratamiento fue realizado en una sola cita el paciente marcó la escala al final de dicha cita; en caso de necesitar más citas, el paciente marcó tantas escalas como citas asistidas. La última escala fue realizada después de 72 horas de terminado el tratamiento.

Para el análisis de los datos se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson y el Análisis de ANOVA.

Resultados

Al analizar la escala de dolor VAS se obtuvo un promedio de dolor de 2.6 antes de iniciar el tratamiento; dicho valor disminuyó en forma significativa tanto desde el punto de vista estadístico como del clínico a 0.7. El dolor en los períodos Durante y Después del tratamiento, tuvo un comportamiento muy semejante de 0.68 y 0.70 respectivamente (tabla 1).

Tabla No.1 Dolor según la escala VAS en los diferentes períodos de tratamiento.

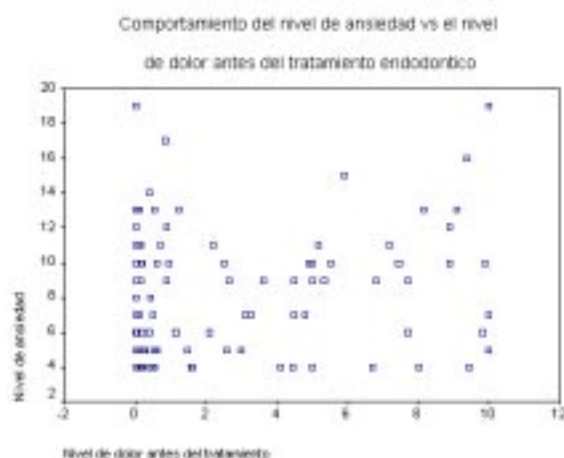
PERIODOS EN EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO			
Nivel de Dolor	Antes	Durante	Después
Promedio	2,6	0,69	0,71
Desviación Estándar	3,3	1,35	1,68
Mínimo	0	0	0
Máximo	10	10	10

Al comparar el grado de dolor del período antes del tratamiento con diagnóstico pulpar (normal, pulpitis reversible, pulpitis irreversible, periápice sano, PAC, PACS, PAA) se observó que la pulpitis irreversible fue la que presentó dolor moderado con un promedio de 5.36 (d.e. 3.41); se encontraron diferencias estadísticamente significantes con respecto a los diagnósticos de pulpa normal y el de PAA, los cuales tuvieron menor grado de dolor (tabla 2). Esta significancia puede explicarse por el pequeño número de pacientes (4) quienes presentaron este diagnóstico.

Tabla No.2 Grado de dolor según diagnóstico pulpar

	N	Media	Desviación Estándar	Intervalo Confianza del 95%		Mínimo	Máximo
				Inferior	Superior		
Normal	28	1,25	2,70	0,21	2,30	0,00	10,00
Pulpitis Reversible	1	4,50	—	—	—	4,50	4,50
Pulpitis Irreversible	14	5,36	3,41	3,39	7,33	0,00	10,00
Periapice Sano	20	2,61	3,20	1,11	4,11	0,00	10,00
PAC	29	2,28	3,19	1,06	3,49	0,00	9,80
PACS	8	3,91	3,18	1,25	6,56	0,20	8,90
PAA	4	1,34	2,31	-2,34	5,02	0,05	4,80

Se realizó un análisis de correlación con el coeficiente de Pearson y no se encontró relación entre la ansiedad y el dolor en el período antes del tratamiento endodóntico ($r = 0.171$). El nivel de ansiedad está explicando el nivel de dolor en un 3% de los casos, mientras que el 97% restante no lo explica; podría decirse que la ansiedad es efecto de otro tipo de variables no contempladas en este estudio (gráfica 1).



El grado de ansiedad medido con la Escala de Ansiedad Dental (DAS) dio como resultado un nivel de ansiedad bajo en un 76% y alto en un 24%.

Al comparar la ansiedad con el grado de dolor en los períodos antes, durante y después del tratamiento, se observó que no hay relación entre ansiedad y dolor en los pacientes con tratamiento endodóntico. De igual manera, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se comparó el género, el diente a tratar, la edad y técnica de obturación.

Discusión

Uno de los retos para el endodoncista es manejar el dolor y la ansiedad provocados por odontalgias o por tratamientos odontológicos previos, evitando las experiencias desagradables a los pacientes en procedimientos futuros.

El paciente que recibe tratamiento especializado de endodoncia llega remitido por un odontólogo general o por un especialista de otra área para que se le realice un tratamiento endodóntico que, en general, evite la posibilidad de dolor pulpar o periapical. Este caso se da en los pacientes con diagnóstico de pulpa normal o sana y de necrosis pulpar con periápice sano, PAC y PACS. Estas clasificaciones diagnósticas no deben manifestar ningún tipo de dolor antes del tratamiento ya que son condiciones bien sea normales o lesiones crónicas asintomáticas.

Los pacientes con diagnóstico de pulpitis irreversible y de necrosis pulpar con PAA por su misma condición sintomática de irreversibilidad pulpar y de lesión con sintomatología aguda, deberían manifestar dolor antes del tratamiento, lo que no se manifestó en este estudio; se observó que la pulpitis irreversible fue la que mayor dolor moderado presentó: 5.36 (d.e.3.41); además se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los diagnósticos de pulpa normal y el de PAA, los cuales tuvieron el menor grado de dolor (tabla 2).

El dolor producido por una pulpitis irreversible y por una necrosis pulpar con periodontitis apical aguda (PAA), es intenso, situación que no se vio representada en la escala VAS pues el resultado del grado de dolor fue moderado y no hubo diferencias con el diagnóstico en pacientes que presentaban dolor previo al tratamiento.

En esta investigación se observó que la escala es completamente reproducible, pero no es tan simple de realizar por los pacientes, encontrando variaciones en la reproducibilidad de la verdadera experiencia de dolor a lo largo de la línea de marcación. Los pacientes tuvieron dificultad al momento de hacer la marca; los que decían no haber tenido ningún tipo de dolor señalaron cercano a no dolor y los que decían haber tenido dolor intenso marcaron en la mitad de la línea.

El tipo de Escala Visual Análoga (VAS) que se utilizó, no tenía ninguna marca numérica inicial, intermedia o final, con el fin de no condicionar los pacientes con números o marcas que les gustaran o disgustaran. Como la utilización de esta escala no fue como se esperaba, queda la inquietud acerca de si

en nuestro medio, puede ser importante usar una escala con marcas iniciales, intermedias y finales que guíen los pacientes en el momento de señalar en la línea de marcación, o utilizar una escala más sencilla y posiblemente más sensible que mida el dolor con tres categorías: mucho, poco o nada.

La marcación del dolor después del tratamiento puede tener interpretaciones diferentes de acuerdo con la manifestación de dolor o no, en el momento de marcar la escala; si el paciente presentó dolor antes de las 72 horas pero no en el momento de hacer la marca, en general ya no le da importancia a ese dolor y lo marca como ningún dolor o como mínimo.

Aunque en este estudio no se encontraron diferencias en el grado de dolor antes, durante y después del tratamiento, se encontró un poco más de dolor en las mujeres con respecto a los hombres, resultados que coinciden con estudios previos que han mostrado que las mujeres a diferencia de los hombres, tienen una gran sensibilidad y una baja tolerancia al dolor y esta diferencia ha sido mostrada en dolor dental experimental ^(15, 16) y dolor facial. ⁽¹⁷⁾

No se encontró relación estadísticamente significativa entre el dolor y el diente en tratamiento; de igual manera sucedió cuando se relacionó dolor y número de citas, antecedentes de dolor ni edad.

La ansiedad es el factor que aporta el más alto grado de presión en una persona con dolor y actúa a su vez, como un retro-alimentador positivo del mismo, es decir, que tiende no solo a mantenerlo sino a incrementarlo, llegándose a establecer en ocasiones un círculo vicioso que puede permanecer y avanzar hasta tal punto que cuando se suprime la causa, puede persistir el dolor. ^(3, 5)

En este estudio, la mayoría de los pacientes (76%) tuvieron baja ansiedad previo al tratamiento endodóntico sin importar el diagnóstico; en el campo clínico se ha considerado que el paciente al que se le va a realizar un tratamiento endodóntico presenta una alta ansiedad porque se va a someter a un tratamiento que puede ser doloroso y de larga duración. En esta investigación no se encontró esta relación.

Conclusiones

En esta investigación se trabajó con una escala análoga visual (VAS) que ha sido probada ampliamente en diferentes sitios e investigaciones con excelentes resultados, pero al evaluar la escala para la relación entre el dolor y la ansiedad en pacientes de endodoncia no se obtuvieron resultados que indicaran una proporción directa entre el dolor de una patología pulpar sintomática y los valores más altos en la VAS en los diferentes momentos de la investigación. Al evaluar la relación entre dolor y ansiedad tampoco se obtuvieron unos resultados lógicos debido a que posiblemente la escala de medición VAS que es muy buena, puede no ser la mejor para este estudio por diferentes causas, entre ellas por la falta de comprensión de los pacientes, por la falta de explicación de los operadores a los pacientes, porque los pacientes no se quieren mostrar débiles ante el dolor o por el nivel cultural de los pacientes.

La medición con una escala de dolor que no es adecuada para el medio por alguna causa, no quiere decir ni que la escala no sirve para hacer mediciones de dolor, ni que sea mala, solamente indica que no es adecuada para esta medición de dolor.

Bibliografía

1. Fernández R. CF. Dolores sagrados (de la Biblia al Sermón de Benarés). En: Dolor 2003. Ladiprint Editorial Ltda. Mayo 2003.
2. Acosta R. Odontalgias de etiología no dental. Federación odontológica Colombiana. 2001 - 2002; 61:73-88.
3. Mejía S. Bases para el manejo del dolor en odontología. Ed. Universidad de Antioquia. 1989.
4. Moya F., Grau M., Brancós M.A; Bases neurofisiológicas de la transmisión dolorosa: neurofisiología y neurobiología del dolor. *Mapfre Medicina*, 1995;6 (1):57-64.

5. Kino K., Sugisaki M., Ishikawa T., Shibuya T., Amagasa T. Preliminary Psychologic Survey of Orofacial Outpatients. Part 1: Predictors of Anxiety or Depression. J. Orof Pain. 2001. 15(3):235-243.
6. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología. Ed McGraw Hill, vol.2, Madrid, 1995.
7. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J. Dent. Res. 1969;48 (4); 596.
8. Johansson P., Berggren I., Assessment of dental fear. Acta Odontol Scandinav. 1992;50:43-49.
9. Scott J, Huskisson E. Graphic representation of pain. J. Orof Pain 1976; 2:175-184.
10. Torabinejad M., Effectiveness of various medications on postoperative pain following complete instrumentation. J Endodon 1984; 20(7):345-354.
11. Moss H., Bramwell D., Roahen J.A. Comparison of pulpectomy alone versus pulpectomy with trephination for the relief pain. J Endodon 1996;22(8): 422-25.
12. Doroschak A, Bowles W., Hargreaves K. Evaluation of the combination of Flurbiprofen and Tramadol for management of endodontic pain. J Endodon 1999; 25 (10):660-663.
13. Drage N, Brown J, Wilson R. Pain and swelling after sialography; is it a significant problem? . Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol. 2000; 90:385-8
14. López J. Evaluación de la ansiedad y el dolor durante el tratamiento endodóntico en pacientes con necrosis pulpar. Tesis de grado para optar al título de Endodoncista, 2001.
15. Wilder RM: Sensitivity to pain. Proc Mayo Clin 15:551, 1940; Goolkasian P: Cyclic changes in pain perception: an ROC analysis. Percept Psychophysic 27:499, 1980)
16. Mumford JM, Newton AV, Ley P: Personality, pain perception and pain tolerance. Br J Psychol 64:105, 1973.
17. Hutchinson D, Witts S, Fairpo CG: Pulsed electromagnetic energy therapy in third molar surgery. Oral Surg 46:748, 1978.

Correspondencia:

eharrison@epm.net.co

Recibido: Diciembre 5 de 2004

Aceptado: Febrero 20 de 2005

CES

Un Compromiso con la Excelencia