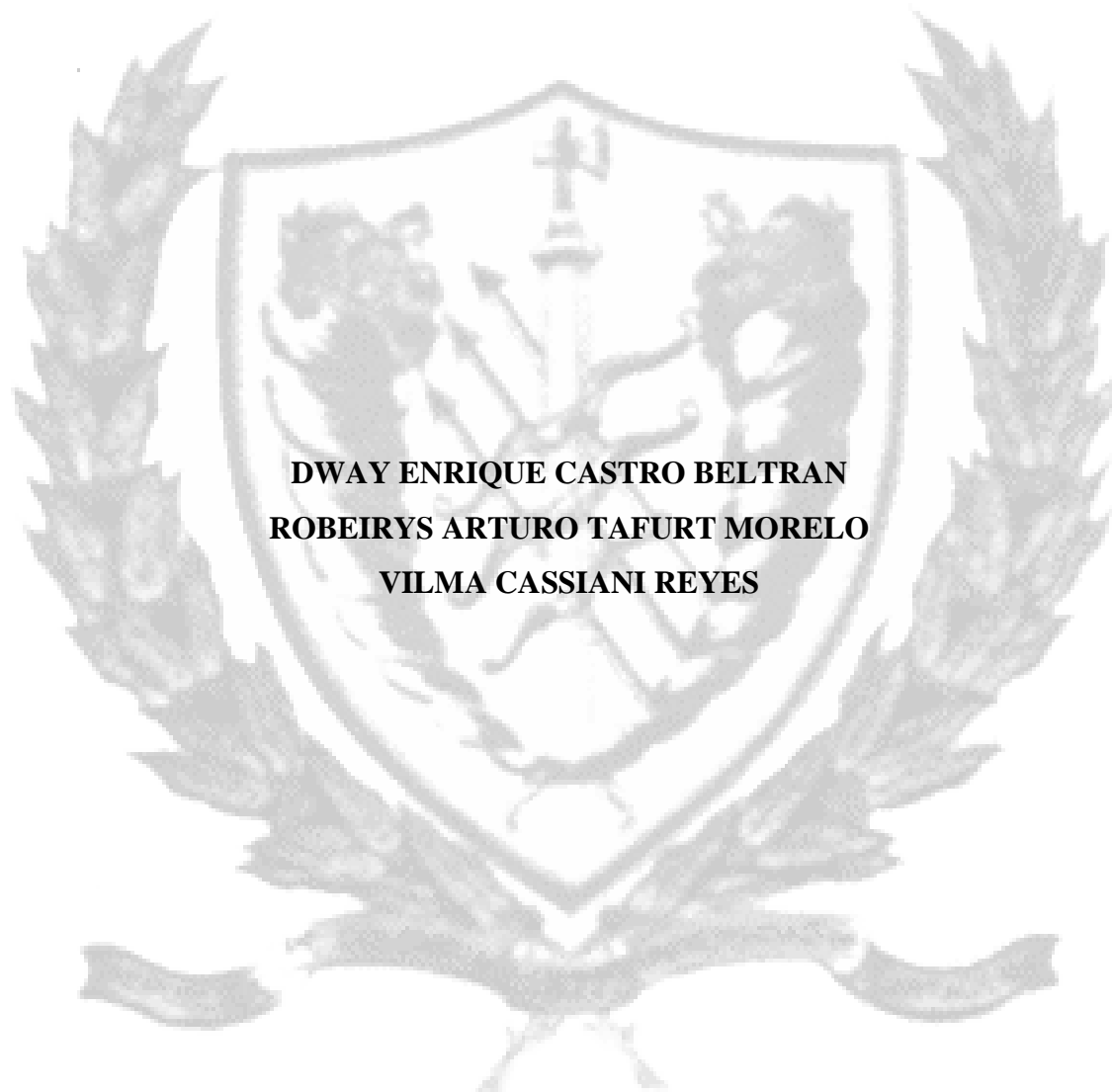


**CONCORDANCIA: ESCALA VERBAL NUMÉRICA Y ESCALA VISUAL
ANALÓGICA DEL DOLOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.**



**DWAY ENRIQUE CASTRO BELTRAN
ROBEIRYS ARTURO TAFURT MORELO
VILMA CASSIANI REYES**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CARTAGENA DE INDIAS**

2019

**CONCORDANCIA: ESCALA VERBAL NUMÉRICA Y ESCALA VISUAL
ANALÓGICA DEL DOLOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.**

**DWAY ENRIQUE CASTRO BELTRAN
ROBEIRYS ARTURO TAFURT MORELO
VILMA CASSIANI REYES**
Estudiantes de X semestre

TRABAJO DE GRADO
Facultad de Odontología – Universidad de Cartagena

Investigador Principal
JOSÉ OROZCO ARIZA
Odontólogo – Universidad Metropolitana de Barranquilla
Esp. En Estomatología y Cirugía Oral - Universidad de Cartagena
Magister en Educación– Universidad de Cartagena

Co Investigador
JOSE MARIA BUSTILLO
Odontólogo – Universidad de Cartagena
Esp. En ortodoncia - Universidad de Cartagena
Esp. Investigación aplicada- Universidad de Cartagena.

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CARTAGENA DE INDIAS**

2019

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

AGRADECIMIENTO

Los autores expresan agradecimiento a:

A los compañeros de clases, con los que hemos compartido grandes momentos en nuestra formación académica. A docentes como Dr. **JOSÉ OROZCO ARIZA** director Principal de este proyecto de investigación. Dr. **JOSE MARIA BUSTILLO** Co Investigador. Dr. **FARID GONZALEZ MARTINEZ** Co Investigador, Líder del grupo de investigación GIPOUC. Por su tiempo, dedicación y valiosos aportes que contribuyeron significativamente para alcanzar los objetivos propuestos.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	6
SUMMARY	8
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo General	14
3.2 Objetivos Específicos.....	14
4. MARCO TEÓRICO.....	15
5. METODOLOGÍA	18
5.1 Tipo de estudio.....	18
5.2. Población y muestra	18
5.3. Criterios de elegibilidad.....	18
5.3.1 Criterios de Inclusión	18
5.3.2 Criterios de Exclusión.....	18
5.4. Método de trabajo	18
5.5 Cronograma de Actividades.....	19
5.6 Resultados/Productos esperados y potenciales beneficiarios:	20
5.7 Análisis estadístico.....	22
5.8 Consideraciones éticas	22
6. RESULTADOS.....	23
7. DISCUSIÓN	26
8. CONCLUSIÓN	32
9. RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	36

RESUMEN

Ya que el dolor se trata de una experiencia individual y subjetiva, a lo que se une el hecho de que no existe método científico que lo haga “medible”, y se acompaña la percepción de un heterogéneo grupo de matices y sensaciones que pueden incrementarla. Esta dificultad para evaluarlo hace que se recurra a instrumentos que, con el mínimo esfuerzo para el paciente, sean fácilmente comprensibles y que demuestren fiabilidad y validez; por ello, junto con la información que proporciona la historia clínica, se ha recurrido tradicionalmente a escalas: analógica y numérica entre otras.

OBJETIVO: El objetivo primordial de esta investigación es analizar la concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica del dolor en el seguimiento de pacientes atendidos en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, esto con el fin de profundizar en dicha temática, ordenar los medicamentos correspondientes y dar a conocer más de este tema.

MÉTODO. Este, es un estudio de tipo descriptivo, donde se evaluarán a los pacientes que estén siendo atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena y que presenten dolor en el momento de ingresar, se utilizaron la escala verbal numérica y la escala visual analógica (EVA, EVN) para medir la intensidad del dolor. El tamaño de la muestra fue calculado utilizando el software Tamaño de la Muestra v.1.1 usando la función “Estudios de concordancia – Estadístico Kappa de Cohen”. El programa arrojó que se debía tomar una población de 100 personas en donde se aplicarían ambas pruebas para luego tabular los resultados en una tabla matriz de Excel y luego realizar un análisis estadístico utilizando el programa Sps23 con sus intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS. De los 40 pacientes evaluados, 19 hombres y 21 mujeres fueron evaluados con las escalas de medición de dolor (EVA y EVN). Se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad del paciente, sexo y finalmente el tipo de diagnóstico; Al cruzar la información

de ambos sexos, se obtiene un acuerdo del 86% en ambas escalas y podemos decir que las mujeres están mejor representadas en términos de la impresión de dolor relacionada con el tipo de diagnóstico con un porcentaje del 88%., Una diferencia de hombres con un porcentaje del 68%.

PALABRAS CLAVE Escalas verbales numéricas y escalas verbales análogas, dolor. (DECS)

SUMMARY

Since pain is an individual and subjective experience, to which is attached the fact that there is no scientific method that makes it "measurable", and the perception of a heterogeneous group of nuances and sensations that can increase it is accompanied. This difficulty in assessing it makes it possible to resort to instruments that, with minimal effort for the patient, are easily understandable and that demonstrate reliability and validity; Therefore, together with the information provided by the medical history, scales have been traditionally used: analogical and numerical, among others.

OBJECTIVE: The main objective of this research is to analyze the agreement between the numerical verbal scale and the analog visual scale of pain in the follow-up of patients treated in the faculty of dentistry of the University of Cartagena, this in order to deepen this theme, order the corresponding medications and publicize more about this topic.

Methodology. This is a descriptive study, where patients who are being treated at the Faculty of Dentistry of the University of Cartagena and who present pain at the time of admission will be evaluated, the EVA, EVN scales will be used to measure the intensity from pain. The sample size was calculated using the Sample Size software v.1.1 using the function "Concordance studies - Coap Kappa Statistic". The program showed that a population of 100 people should be taken where both tests were applied and then tabulate the results in an Excel matrix table and then perform a statistical analysis using the Sps23 14.1® program with its 95% confidence intervals.

Results Of the 40 patients evaluated, 19 men and 21 women were evaluated with the EVA and EVN pain measurement scales. The following variables were taken into account: patient age, sex and finally the type of diagnosis; By crossing the information of both sexes, an agreement of 86% is obtained in both scales and we can say that women are better represented in terms of the impression of pain related to the type of diagnosis with a percentage of 88%., A difference of men with a percentage of 68%.

KEYWORDS: Numerical verbal scales and analogous verbal scales, pain. (DECS)

INTRODUCCIÓN

El dolor es la causa más frecuente de consulta odontológica, los estudiantes al no estar tan experimentados en la práctica odontológica en lo que se refiere al manejo del dolor son más vulnerables a cometer errores en el manejo de sus pacientes es por eso que las distintas academias han buscado los medios necesarios para suministrarles la información necesaria con el fin de crear herramientas que le permitan a los estudiantes saber y tener un mejor manejo en su práctica y así de esta manera brindarle una atención integral y eficiente a cada uno de los pacientes que acuden a nuestra consulta.

La intensidad del dolor es la dimensión más estudiada; por lo general los pacientes que acuden al área de urgencia en el campo odontológico presentan dolor, miedo y ansiedad siendo esta última consecuencia del mismo (dolor). Para poder cumplir con el anterior objetivo se suelen utilizar sedantes y analgésicos.

La administración de dichos fármacos, es fundamental para darle la comodidad necesaria y reducir el estrés. Sin embargo, es muy frecuente la sobredosificación de sedantes que “duermen” al paciente y la sub dosificación de analgésicos, por lo que no se protege al mismo del dolor ni de las reacciones sistémicas que éste provoca. Por ese motivo es de vital importancia conocer la intensidad de dolor en el paciente y de esta forma brindar un servicio de calidad que no afecte la integridad de los usuarios.

En el presente estudio se tendrán en cuenta todas las normas establecidas para estudios de investigaciones en seres humanos, en especial las contenidas en la resolución 0084 30 de 1993 del Ministerio De Salud Nacional colombiano, así también las ¹normativas contenidas en los reglamentos de ética de la universidad de Cartagena y todas las demás normas existentes en relación con la investigación en seres humanos, se tendrá en cuenta también el consentimiento informado donde al paciente se le informa previamente cual es el diagnóstico y en que

¹ (García, 2018; 25(4): 228-236) Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>

consiste su tratamiento, y el paciente dará su consentimiento en relación con el que se va a desarrollar como tema de investigación.

Para este fin se han establecidos las escalas de medición, entre las que se encuentran la escala verbal numérica y escala visual análoga (EVN Y EVA) el cual según su estado podremos clasificarlo ya sea leve con una numeración que va de (1 a 3), moderado de (4 a 6) o severo de (7 a 10) con el objetivo de tener un mejor manejo de dolor en nuestros pacientes. Para esta investigación, se tendrán en cuenta aspectos como la edad, sexo y el diagnóstico ya que consideramos que puede generar variabilidad en la obtención de los resultados. Se busca analizar de manera clara y contundente la concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica del dolor en el seguimiento de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena y así de esta forma crear el hábito y escuela en nuestros estudiantes para aplicar la escala de medición de la intensidad del dolor y de esta manera ordenar los analgésicos correspondientes.

Este estudio se torna importante, ya que, con él se busca identificar la manera de cómo los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena aplican adecuadamente la temática de las intervenciones y procedimientos en sus pacientes en su práctica diaria odontológica, además se buscará mejorar la práctica de estos con el fin de brindarle seguridad, disminuir los índices de riesgo, mal diagnóstico y en la toma de decisiones al momento abordar un caso.

Dicho estudio, busca que una vez identificadas las falencias, estas se refuercen a través de las intervenciones educativas con el propósito de recordar, reforzar y mejorar conceptos para disminuir fallas en los procedimientos en la práctica de los estudiantes.

La importancia y trascendencia de esta investigación arraiga en que las intervenciones y ayudas diagnósticas se convierten en un instrumento indispensable para lograr manejar eficientemente cada uno de nuestros pacientes en la atención clínica.

Según los anteriores planteamientos el objetivo de este estudio fue analizar la concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica del dolor en el seguimiento de pacientes atendidos en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, esto con el fin de profundizar en dicha temática, ordenar los medicamentos correspondientes y dar a conocer más de este tema.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la definición formulada en 1980 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, que sigue vigente, el dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial de un tejido; es decir, se admite que además de una lesión, existe la contribución psicológica a la experiencia del dolor. El mismo grupo ha empleado también el término nocicepción, que procede de la palabra nocivo, para describir la experiencia de un estímulo que lesiona los tejidos. La complejidad e impacto del dolor humano ha generado múltiples abordajes teóricos, que pretenden clasificarlo y explicarlo, con el fin de que pueda ser abordado de manera más acertada. Las teorías no representan un hecho real, sino que pueden describirlo, relacionarlo o predecirlo.²

La historia del dolor debe incluir información sobre el inicio, duración, intensidad, localización neuroanatómica, cualidad; interrogar sobre disestesias y otras características que nos ayudaran al diagnóstico del tipo del dolor (Nociceptivo o Neuropático) y los componentes afectivos del dolor. Los detalles sobre la exacerbación y factores de alivio son importantes porque en ocasiones explican los mecanismos fisiopatológicos del dolor. Los factores mecánicos que aumentan el dolor, tales como diferentes posiciones o actividades (sentarse, pararse, caminar, agacharse y levantarse) pueden ayudarnos a diferenciar una causa de dolor de otras, igualmente pasa con los factores que mejoran el dolor (la claudicación neurógena mejora cuando el paciente está sentado y empeora cuando el paciente está de pie o camina)³ Ahora bien, ¿Por qué debemos conocer las escalas de valoración del dolor en la práctica odontológica? Porque la buena práctica del dolor debe ser evaluada y documentada de forma regular. Para ello se realizó una búsqueda minuciosa en la literatura donde se realizó una comparación de estos estudios para extraer información necesaria, la cual utilizamos como guía observando antecedentes y resultados de cada investigación y así emplearlo a nuestro

² (Herrera, Aquichan, Vol. 3, Núm. 1 (2003)) Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/35/67>.

³ (Idáñez, Noviembre del 2012) Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del Dolor. Historia clínica en las Unidades de Dolor. <https://www.academia.cat/files/425-11062-DOCUMENT/DolorAgutICronic.pdf>.

estudio. Ya que el objetivo primordial de esta investigación es analizar la concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica (EVN - EVA) del dolor en el seguimiento de pacientes atendidos en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, esto con el fin de profundizar en dicha temática, ordenar los medicamentos correspondientes y dar a conocer más de este tema.

Para esto es necesario analizar según la escala verbal numérica y la escala visual analógica (EVN Y EVA) la intensidad del dolor y clasificarlo según su estado en leve, moderado o severo y así de esta forma crear el hábito en nuestros estudiantes para aplicar las escalas de valoración del dolor en cada uno de nuestros pacientes.

2. JUSTIFICACIÓN

Este estudio es de gran importancia ya que con él se busca que los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena manejen según la escala verbal numérica y la escala visual analógica (EVN - EVA) la intensidad del dolor, en el seguimiento de pacientes atendidos en la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. Esto con el fin de profundizar en dicha temática, ordenar los medicamentos correspondientes y dar a conocer más de este tema, donde el observador es incapaz de apreciar de manera directa; es el paciente el que comunica al clínico la presencia e intensidad de su dolor. Dado que la descripción del propio sujeto es quizás el mejor indicador de dolor y así de esta manera clasificarlo mediante las escalas escala verbal numérica y la escala visual analógica (EVN - EVA), en leve, moderado o severo, con la finalidad de saber la dosificación del analgésico que utilizaremos. Y así, de esta manera brindar un mejor manejo integral y eficiente a cada uno de los pacientes que acuden a nuestra consulta.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar la concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica del dolor en el seguimiento de pacientes atendidos en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena

3.2 Objetivos Específicos

- Comparar según la EVN Y EVA la intensidad del dolor y clasificarlo según su estado ya sea leve, moderado o severo y de esta manera ordenar los analgésicos correspondientes.
- Evaluar el dolor con las diferentes escalas empleadas (EVN, EVA).
- Evaluar el dolor según el sexo, la edad y el diagnóstico de nuestros pacientes

4. MARCO TEÓRICO

El dolor, al igual que el resto de las experiencias emocionales (angustia, sufrimiento), es algo que evidencia el propio paciente de forma subjetiva; es decir, que sólo la persona que lo padece sabe la intensidad del mismo dolor. De este modo, la medición del dolor se convierte en un proceso arbitrario y es considerado una de las actividades más difíciles de evaluar. Es por ello, que la valoración clínica del mismo va encaminada a cuantificar objetivamente lo que subjetivamente el paciente nos refiere sobre ello. Actualmente la intensidad del dolor es la dimensión del dolor más estudiada, el cual lo podemos definir como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. Para este fin se han establecidos las escalas de medición, entre las que se encuentran la escala verbal numérica y escala visual análoga (EVN - EVA).⁴

Al evaluar el dolor mediante las escala verbal numérica y escala visual análoga (EVN- EVA) lo podemos clasificar según su intensidad en leve, con una numeración que va de (1 a 3), moderado de (4 a 6) o severo de (7 a 10).

Atendiendo a su duración, el dolor puede ser agudo o crónico. El dolor agudo es aquel que se presenta con inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a severo, constante o recurrente, con un final anticipado o previsible y una duración menor a 6 meses; mientras que el dolor crónico, definido de la misma forma que el anterior, pero sin un final anticipado o previsible y una duración mayor a seis meses.

Según las Características del Dolor, encontramos; dolor nociceptivo en su forma aguda tiene una importante función biológica (o evolutiva), ya que advierte al organismo de un daño inminente y le informa de un daño o lesión en un tejido.⁵

Dependiendo del lugar de origen, se distingue entre dolor somático y dolor visceral. El dolor somático se subdivide en, dolor superficial (dolor cutáneo) en las membranas de la Piel o

⁴ (Rumbo-Prieto, 2016) opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital. <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/593/dolor>

⁵ DOLOR. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

<http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/1%20DOLOR.DEFINI.DIAGINTERDISCIPLINAR.SESI ON2.pdf>

mucosas (por ejemplo, heridas menores, quemaduras de primer grado) o dolor profundo en músculos, huesos, articulaciones, ligamentos, tendones, vasos sanguíneos, fascias (por ejemplo, esguinces, roturas de huesos, dolor miofascial). El dolor somático profundo tiende a ser un dolor sordo, mientras que el dolor superficial es inicialmente agudo y posteriormente se convierte en sordo. El dolor visceral se origina en las vísceras u órganos del organismo. Por ejemplo, el dolor abdominal o el dolor torácico. Se caracteriza por ser un dolor sordo difícil de localizar y que frecuentemente está acompañado por reacciones del sistema nervioso autónomo. El dolor visceral puede radiar hasta las correspondientes zonas de la piel ("dolor referido"). El dolor Psicogénico está causado por los procesos mentales de la persona que lo sufre y no por causas fisiológicas inmediatas. El dolor psicogénico es raro, y su incidencia está frecuentemente sobreestimada. Sin embargo, con frecuencia, el dolor crónico tiene un componente psicológico secundario que tiene como resultado una presentación mixta (por ejemplo, dolor psicósomático).⁶

El dolor es transmitido por el sistema nervioso, que se encarga de regular las actividades del cuerpo al percibir las sensaciones del medio externo por acción del sistema nervioso somático y ajustar el funcionamiento visceral por medio del sistema nervioso autónomo, el cual se divide en Simpático y Parasimpático. Para que se lleven a cabo la diversidad de actividades nerviosas se requiere de diferentes tipos de neuronas: Somáticas motoras o eferentes: llevan inervación de la estructura esquelética estriada somáticas sensitivas o aferentes: perciben las sensaciones de los receptores cutáneos (exterocepción) y de los músculos y articulaciones (propiocepción). Viscerales motoras o eferentes generales: encargadas de la inervación motora de las vísceras. Viscerales aferentes generales: perciben sensibilidad visceral. Existen terminaciones nerviosas especializadas que responden a estímulos potencialmente nocivos conocidas como nociceptores aferentes primarios, constituidos por fibras A delta mielínicas y fibras C amielínicas. Las diferencias entre estas son el diámetro, velocidad de conducción y función. El diámetro de 15 fibras A mielínicas es entre 1 y 4 μ , la velocidad de conducción

⁶ (Dra. Ángela Mesas Idáñez , Noviembre del 2012) Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del Dolor. Historia clínica en las Unidades de Dolor. <https://www.academia.cat/files/425-11062-DOCUMENT/DolorAgutICronic.pdf>.

es de 13.4 m/seg, requieren un bajo umbral de estimulación, transmiten impulsos agudos y penetrantes conocidos como dolor agudo, existen las alfa, beta, gamma y delta. Estas últimas son las más relacionadas a transmitir el dolor dental, ya que son las primeras en responder a estímulos mecánicos, químicos o térmicos nocivos. Las fibras somato sensitivas amielínicas o fibras C, tienen la capacidad de responder a diferentes tipos de estímulos químicos, térmicos y mecánicos. Tienen velocidad de conducción baja y un umbral de estimulación muy alto; responden ante la presencia del calor, bradiquinina e histamina; el tipo de dolor que desencadenan es lento y sordo, se le conoce como secundario y ocurre después de un dolor agudo, se presenta ante estímulos físicos o por la liberación de mediadores inflamatorios que activan los receptores localizados sobre las terminaciones nociceptivas de las fibras nerviosas aferentes.

El dolor es una manifestación clínica en donde el observador es incapaz de apreciar de manera directa; es el paciente el que comunica al clínico la presencia e intensidad de su dolor. Dado que la descripción del propio sujeto es quizás el mejor indicador de dolor, se han utilizado diferentes escalas que requieren de la colaboración del paciente para cuantificar su intensidad. Actualmente, existen diversos métodos para el diagnóstico del dolor clínico. Las escalas descriptivas simples EVN y la escala visual análoga (EVA), que ha demostrado ser uno de los instrumentos de medición más confiable, válido y sensible para el auto informe del dolor. La EVA es hoy en día de uso universal. Es un método relativamente simple, que ocupa poco tiempo, aun cuando requiere de cierto grado de comprensión y de colaboración por parte del paciente. Tiene buena correlación con las escalas descriptivas, buena sensibilidad y confiabilidad, es decir, es fácilmente reproducible.⁷

⁷ (Maribel, 2017) validez de la escala de valoración del dolor en la unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional durante el período 2017.
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/734/Validez_GonzalezAlvarez_Elsa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Es un estudio de tipo descriptivo. Se trata de pruebas diagnósticas de concordancia que tiene como finalidad evaluar mediante las escalas EVN Y EVA la intensidad del dolor.

5.2. Población y muestra

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculado utilizando el software Tamaño de la Muestra v.1.1 usando la función “Estudios de concordancia – Estadístico Kappa de Cohen”. El programa arrojó una población de 100 personas con sus intervalos de confianza del 95%.

5.3. Criterios de elegibilidad

5.3.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes que estuvieran siendo atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena y que presentaran dolor al momento de ingresar. Con edades de 18 años y menores de 70 años.

5.3.2 Criterios de Exclusión

- Se excluyeron a los pacientes que no aceptaran su participación al estudio mediante el consentimiento informado o que presentaran con enfermedades sistémicas, como diabetes no controlados, enfermedad de la tiroides, hipertensos no controlado, y mujeres embarazadas, pacientes con problemas cognitivos grado 3, pacientes con trastornos mentales.

5.4. Método de trabajo

Para la recolección de información se empleó las escalas EVN Y EVA donde el paciente debía marcar con una X en una línea recta ubicada de manera horizontal y delimitada con varios

puntos, cada punto tiene un valor que va enumerado en una escala de (0 a 10). Al momento de realizar la evaluación de la intensidad del dolor ya sea leve, moderado o severo se hará el entrenamiento y calibración del examinador para después compararlo con un experto realizando una prueba kappa obteniendo un valor ≥ 0.75 .

5.5 Cronograma de Actividades

PRIMER PERIODO AÑO 2018						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Ajustes metodológicos	X	X				
Calibración del investigador		X	X			
Prueba piloto		X	X			
Recolección de datos				X	X	X
SEGUNDO PERIODO AÑO 2018						
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Recolección de datos	X	X	X			
Validación Y Ajuste de la información	X	X	X			

Análisis estadístico			X	X		
Redacción de los capítulos del informe final	X	X	X	X	X	X
PRIMER PERIODO AÑO 2019						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Correcciones del informe final	X					
Organización de los resultados	X	X				
Redacción del artículo científico	X	X	X	X		
Presentación del trabajo final.					X	

5.6 Resultados/Productos esperados y potenciales beneficiarios:

Se espera poder determinar si hay concordancia en la EVA y la EVN, en pacientes que acuden al área de urgencia por dolor.

Tabla 1. Generación de nuevo conocimiento

RESULTADO/PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	BENEFICIARIO
Determinar la concordancia entre los resultados de la EVA y la EVN	Evidencia con informe final de trabajo de grado.	Pacientes, estudiantes de odontología, odontólogos y comunidad científica en general

en pacientes del servicio de urgencia en odontología	Manuscrito para artículo científico en revista científica indexada	
--	--	--

Tabla 2. Fortalecimiento de la comunidad científica

RESULTADO/PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	BENEFICIARIO
Formación como Odontólogos	Trabajo de grado, artículo científico	Comunidad académica local y nacional
Consolidación del grupo de investigación	Reconocimiento de Colciencias	Universidad de Cartagena y comunidad académica

Tabla 3. Apropiación social del conocimiento

RESULTADO/PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	BENEFICIARIO
Publicación de un manuscrito científicos en revista internacional indexada	Aceptación de la publicación por el comité editorial de la revista	Comunidad académica nacional e internacional
Participación en congreso nacional de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO	Certificado como ponente del congreso en representación de la Universidad de Cartagena	Comunidad académica nacional
Presentación de los resultados ante la comunidad local (Facultades de Odontología de Cartagena, Odontólogos del sector público y privado)	Certificado de la participación como ponente en representación de la Universidad de Cartagena	Comunidad académica nacional

1.1 Tabla 4. Impactos esperados a partir del uso de los resultados:

IMPACTO ESPERADO	PLAZO (AÑOS) DESPUÉS DE FINALIZADO EL PROYECTO: CORTO (1-4), MEDIANO (5-9), LARGO (10 O MÁS)	INDICADOR VERIFICABLE	SUPUESTOS*

Social	<p>A corto plazo</p> <p>Determinar la concordancia entre los resultados de la EVA y la EVN en pacientes del servicio de urgencia en odontología.</p> <p>A largo plazo poder validar el uso de las radiografías panorámicas y periapicales indistintamente para evaluación periodontal radiográfica.</p>	Publicación científica	Se constituya una nueva perspectiva del uso de las escalas EVA y EVN como ayuda para determinar el nivel de dolor de los pacientes
--------	---	------------------------	--

5.7 Análisis estadístico

Los datos fueron tabulados y organizados en una tabla matriz en Microsoft Excel. Posteriormente fueron analizados para que no se produzca ningún sesgo en la investigación. Previamente se realizó el análisis de la normalidad de la distribución de los datos a través de análisis estadístico Sps23. Se realizó un análisis descriptivo de los datos mediante la determinación de la media, porcentaje, frecuencia, etc. La concordancia se medirá a través de la “prueba de concordancia de cohen”.

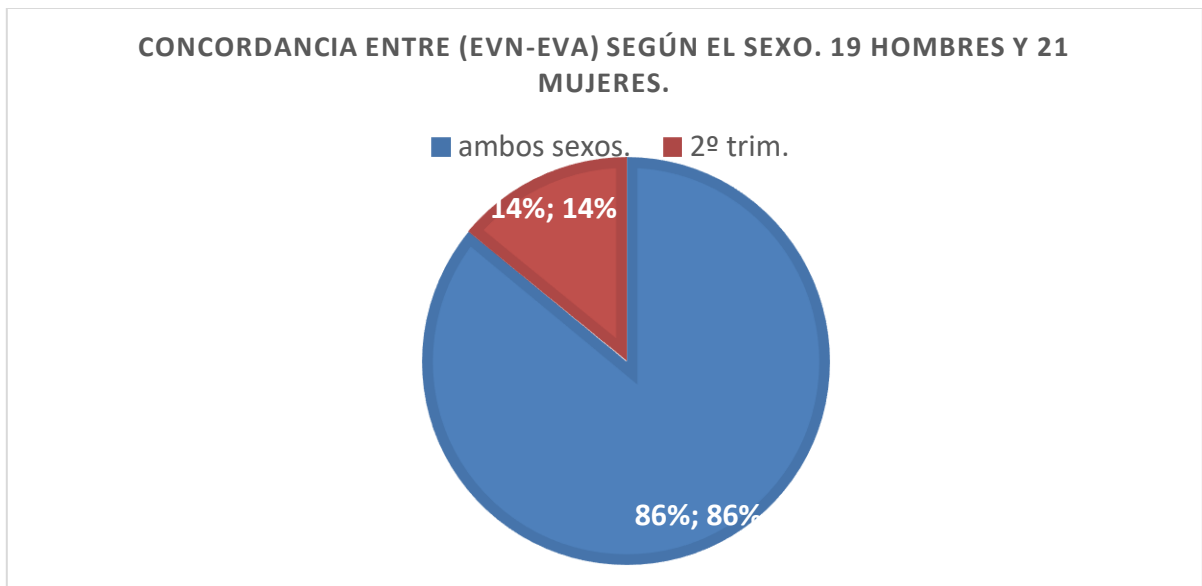
5.8 Consideraciones éticas

En el presente estudio se tuvieron en cuenta todas las normas establecidas para estudios de investigaciones en seres humanos, en especial las contenidas en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano, así también como las contenidas en los reglamentos de ética de la universidad de Cartagena y todas las demás normas existentes en relación con la investigación en seres humanos, se tuvieron en cuenta también el consentimiento informado donde al paciente se le informó previamente cual era el diagnóstico y en qué consistió su tratamiento, para así dar su aceptación en relación con el que se va a desarrollar como tema de investigación.

6. RESULTADOS

De los 40 pacientes evaluados 19 hombres y 21 mujeres se evaluaron las escalas de medidas del dolor EVA y EVN, se tuvieron en cuenta como variables de medición, la edad de los pacientes, el sexo, y por último el tipo de diagnóstico; al realizar el cruce de información de ambos sexos se obtuvo como resultado en ambas escalas una **concordancia** de un **86%** Fig. (1).

Fig. (1)



En cuanto a los resultados por edad de los pacientes adulto mayor una **concordancia** de un **56%** Fig. (2) y adultos jóvenes de **67%** Fig. (3).

Fig. (2)

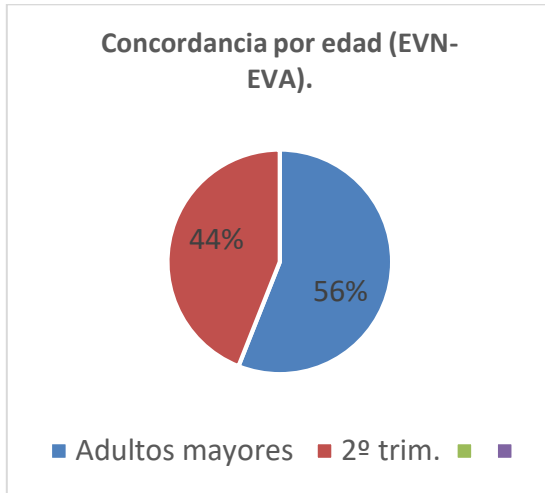
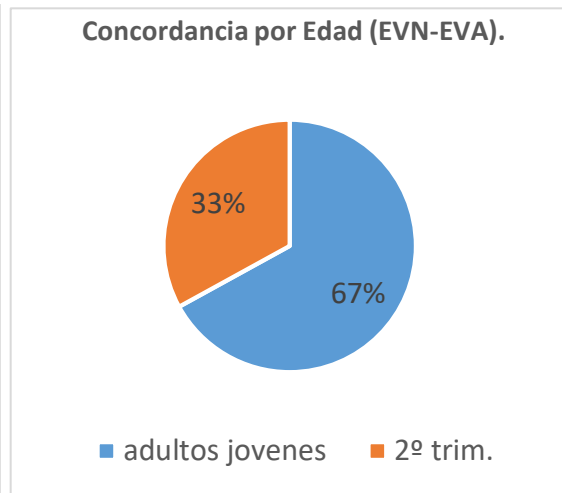
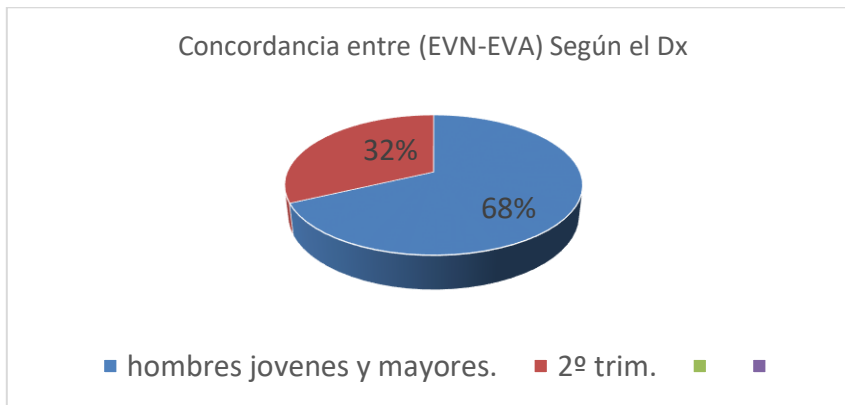


Fig. (3)



Según el diagnóstico de **hombres jóvenes y mayores** se obtuvo una **concordancia** de medida del dolor de un **68%** Fig. (4).

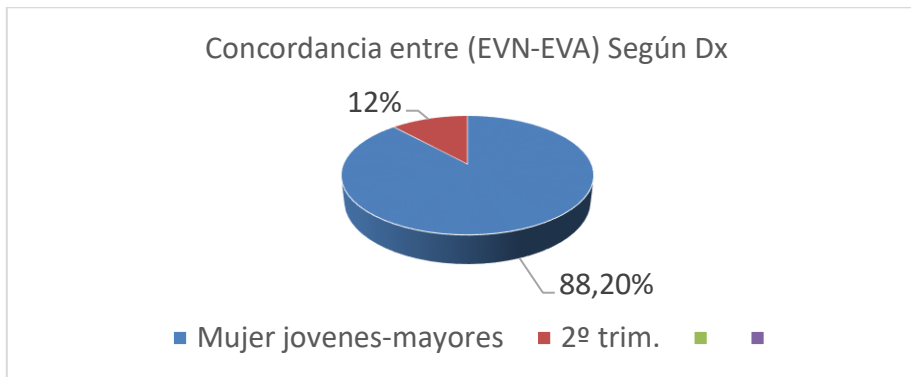
Fig. (4)



- Pulpitis irreversible sintomática.*
- Pulpitis irreversible asintomática.*
- Periodontitis apical sintomática.*
- Periodontitis apical asintomática.*
- Fractura coronal complicada.*

Según el diagnóstico de **mujeres jóvenes y mayores** se obtuvo una **concordancia** de medida del dolor de un **88,2%** Fig. (5). Las mujeres fueron mejor representadas en cuanto la medición del dolor relacionado con el tipo de diagnóstico con un porcentaje **de 88,2%** Fig. (5), a diferencia de los **hombres** con un porcentaje **de 68%** Fig. (4).

Fig. (5).



Pulpitis irreversible sintomática.

Pulpitis irreversible asintomática.

Periodontitis apical sintomática.

Periodontitis apical asintomática.

Fractura coronal complicada.

7. DISCUSIÓN

Al analizar la concordancia entre la escala verbal numérica (EVN) y la escala visual analógica (EVA) del dolor en el seguimiento de pacientes atendidos en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, obtenemos información necesaria para comprobar que hubo relación entre ambas escalas con un porcentaje de medición de 86%, con relación al sexo femenino en lo que se refiere a la aplicación de las escalas sus resultados fueron mejor representados que en el sexo masculino.

Para realizar nuestra investigación se hizo necesario realizar una búsqueda bibliográfica con la intención de encontrar autores y teorías que hayan abordado el tema; y así poder establecer dos categorías de análisis las cuales ayudara a la comprensión de dichos trabajo. La primera de estas categorías se conoce como dolor, y la siguiente categoría será la de escala. Ahora bien, en este sentido encontramos Inicialmente, Gaya, V. O., Capilla, M. V., & Mateos, R. G (2002) analizaron la influencia de las variables del paciente y de la intervención con el dolor y la inflamación que normalmente acompañan a toda exodoncia de terceros molares en una muestra de 150 pacientes a los que se realizó una extracción de un tercer molar y evaluaron el dolor por medio de la escala visual analógica (VAS) a las 0, 8, 24, 43 y 48 horas, mientras que la inflamación se ha medido por medio de una escala verbal (VRS) a las 48 horas de la intervención, encontrando así que el dolor post extracción se relaciona sobre todo con la edad del paciente y el número de puntos de sutura durante el día de la intervención y con la inflamación en los días subsiguientes, y con una menor intensidad con el sexo y las dimensiones de la personalidad, como el grado de neuroticismo y de extroversión⁸.

De igual manera, Calle, DT., Gómez LBL., y Gaviria, BEH (2005) evaluaron 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

⁸ GAYA, V. O., CAPILLA, M. V., & MATEOS, R. G. Relación de las variables del paciente y de la intervención con el dolor y la inflamación postoperatorios en la exodoncia de los terceros molares. En: Medicina oral. Nov – Dec,2002. Vol. 22, N° .7, p. 360-369.

endodoncistas, para tratamiento de endodoncia utilizando 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, observándose que la escala de dolor VAS es completamente reproducible pero no es tan simple de realizar debido a que aún 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 marcación⁹.

Así mismo, Klages U, Kianifard S, Ulusoy O, Wehrbein H (2006) investigaron si la sensibilidad a la ansiedad interactúa con el miedo dental para aumentar el dolor esperado y experimentado durante el tratamiento dental de rutina en 97 pacientes sometidos a procedimientos. Las disposiciones de ansiedad se midieron mediante el índice de sensibilidad a la ansiedad y la escala de ansiedad dental. El dolor esperado y experimentado se evaluó mediante escalas descriptivas verbales afectivas y sensoriales y una escala de calificación numérica que mide la intensidad del dolor encontrando que los pacientes con miedo dental con alta sensibilidad a la ansiedad esperaban y experimentaron más dolor¹⁰.

Por su parte, Segura, J.J.; Cisneros, R (2008) analizaron las valoraciones realizadas por 146 pacientes de 16 a 82 años de edad, del dolor intraoperatorio que sintieron durante el tratamiento de los conductos realizado en dos clínicas dentales privadas usando una escala cuantitativa analógico-visual. El 53% de los pacientes no sintieron ningún dolor, siendo las mujeres las que mostraron un menor porcentaje ($p < 0.05$). Se observó una diferencia de 16 puntos porcentuales entre la valoración del dolor como ausente en los mayores de 35 años (61%) y los menores de dicha edad (45%) ($p < 0.05$). El porcentaje de pacientes que no sintieron dolor fue mayor en la arcada superior (59%) que en la inferior (47%), aunque la valoración del dolor como leve fue significativamente mayor en la arcada inferior (43%) en

⁹ CALLE, D. T., GÓMEZ, L. B. L., & GAVIRIA, B. E. H. Comportamiento del nivel de ansiedad y del grado de dolor en pacientes con tratamiento endodóntico. En: *CES Odontología*. Ene-Jun, 2005. Vol.18, N°.1, p. 15-20.

¹⁰ KLAGES U, KIANIFARD S, ULUSOY O, WEHRBEIN H. Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures. En: *Community Dent Oral Epidemiol*. Apr, 2006. Vol. 34, N°.2, p. 139-45.

comparación con la superior (27%) ($p < 0.05$) y el porcentaje de pacientes que sintieron dolor leve fue aumentando progresivamente con la duración de la intervención, alcanzando el máximo a los noventa minutos¹¹.

Además, Burón, F. D., Vidal, J. M., Escudero, P. B., Armenteros, A. M., López, J. B., & García, M. M. (2011) evaluaron la concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en la valoración del seguimiento del dolor agudo postoperatorio durante 3 días consecutivos en 159 apacientes sometidos a cirugía mayor subsidiaria en la que se interrogaron a los pacientes durante 3 días consecutivos con intervalos de 24 horas mediante las escalas visual numérica (EVN) y visual analógica (EVA) reportando que la valoración de la EVA no fue posible realizarla en 12 pacientes, mientras que la valoración de la EVN fue posible en todos los pacientes concluyendo así que la concordancia entre las EVA y EVN de dolor se puede considerar como buena o muy buena durante los tres días de seguimiento, siendo mejor en pacientes con edad superior a 65 años¹².

Posteriormente, Menetti FCS, Maldonado JS, Martins GS, Tucunduva MJ (2011), identificaron la factibilidad y reproducibilidad del uso de la escala visual analógica (EVA) y la escala verbal de puntos (EVP) para evaluar el dolor en pacientes que se sometieron a un tratamiento dental y también para relacionar la intensidad del dolor y el estrés psicológico con la técnica anestésica utilizada durante procedimientos dentales en 45 pacientes tratados en la Clínica de Cirugía de Odontología UNICID que recibieron anestesia por infiltración de las ramas terminales del nervio maxilar y siguieron un tratamiento de extracción dental. La intensidad del dolor y el estrés psicológico se evaluaron en tres momentos diferentes con la escala EVA y EVP. Los resultados sugieren que EVA y EVP se pueden usar para la

¹¹ SEGURA, J.J.; CISNEROS, R. Valoración del dolor intraoperatorio experimentado por los pacientes durante el tratamiento endodóncico no quirúrgico. En: Cient Dent. Mar, 2008. Vol. 5, 1:00-00.

¹² BURÓN, F. D., VIDAL, J. M., ESCUDERO, P. B., ARMENTEROS, A. M., LÓPEZ, J. B., & GARCÍA, M. M. Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. En: Revista española de Anestesiología y Reanimación. May, 2011. Vol. 58, N° 5, p. 279-282.

evaluación del dolor porque ofrecen resultados similares y el estrés psicológico puede influir en el nivel de dolor en los procedimientos dentales¹³.

Luego, Isik K, Unsal A, Kalayci A, Durmus E (2011) evaluaron la validez de la escala de evaluación FCT en la cirugía del tercer molar y se comparó con 2 escalas de dolor bien aceptadas en 48 pacientes que llenaran 3 escalas de dolor: escala analógica visual (VAS), calificación verbal escala (VRS) y FCT, diariamente durante la primera semana postoperatoria, encontrando que la correlación entre 3 escalas fueron muy altas y significativas (p .001) y por ende el FCT se puede usar para evaluar el dolor postoperatorio después de la cirugía del tercer molar¹⁴.

Por otro lado, Landríguez, S. S.; Flores, L. A. R.; Delgado, P. E.; García, y cols, (2016) establecieron las características del dolor de origen dental (DOD) urgente en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria a través de un cuestionario a 114 médicos de Urgencias, analizando la frecuencia y alternativas analgésicas más usadas en el DOD: Metamizol, Diclofenaco, Metamizol+Diclofenaco y Metilprednisolona, luego en un ensayo simple ciego aleatorio de una muestra de 300 pacientes, en el cual se registró a través de la Escala Visual Numérica (EVN) la intensidad del dolor inicial, dolor percibido a las 12 y 24 h tras tratamiento, grado de mejoría, Tiempo de mejora percibida y analgesia de rescate, encontrando resultados estadísticamente significativos en las valoraciones medias en la EVN tras el tratamiento, más bajos en los tratados con Metilprednisolona y más altos con Diclofenaco¹⁵

¹³ MENETTI FCS, MALDONADO JS, MARTINS GS, TUCUNDUVA MJ. Avaliação da intensidade de dor em pacientes submetidos a tratamentos odontológicos. En: Science in Health. Sep- Dic, 2011. Vol. 2, N° .3, p. 163-9

¹⁴ ISIK K, UNSAL A, KALAYCI A, DURMUS E. Comparison of three pain scales after impacted third molar surgery. En: Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. Dec, 2011. Vol. 112, N° .6, p.715-8.

¹⁵ LANDRÓGUEZ, S. S.; FLORES, L. A. R.; DELGADO, P. E.; GARCÍA, P. J.; MERINA, D. R. & PÉREZ, R. M. D. Alternativas de uso y eficacia analgésica en el dolor de origen dental en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria. En: Int. J. Odontostomat. 2016. Vol. 10, N° .2, p. 221-228.

De la misma manera, Sirintawat N, Sawang K, Chaiyasamut T, Wongsirichat N (2017) revisaron las escalas de intensidad del dolor que se utilizan comúnmente en cirugía dental, oral y maxilofacial (OMFS), encontrando que en estudios anteriores las escalas multidimensionales, como el cuestionario de dolor de McGill, la forma corta del cuestionario de dolor de McGill y el cuestionario de dolor breve de Wisconsin, eran adecuadas para evaluar el dolor crónico, mientras que las escalas unidimensionales, como las escalas visuales analógicas (EVA), la escala de calificación verbal, la escala de calificación numérica, la escala de dolor de caras, la escala de clasificación de dolor de caras de Wong-Baker y la FTC, evalúan el dolor agudo. En la investigación dental o de OMFS, el uso del EVA es más común porque es más confiable, válido, sensible y apropiado¹⁶

González A. C., Jiménez A., Rojas, E. M., Velasco, L. R., Chávez, M. A., & Coronado, S. A (2018), midieron el dolor postoperatorio de los pacientes a su llegada a la Unidad de Cuidados Postanestésicos y al ser dados de alta de la misma, para después determinar la correlación entre tres escalas unidimensionales: escala visual análoga, escala verbal análoga, escala numérica análoga. Se analizaron 192 pacientes de cirugía electiva, en el cual se encontró correlación entre las escalas unidimensionales para el dolor¹⁷.

Por último, Lopes LPB, Herkrath FJ, Vianna ECB, Gualberto Júnior EC, Marques AAF, Sponchiado Júnior EC (2019), evaluaron el efecto de la terapia de fotobiomodulación (PBM) con irradiación láser de bajo nivel (LLLI) en el dolor postoperatorio después del tratamiento endodóntico. En 60 pacientes, diagnosticados con pulpitis irreversible en los molares inferiores. El dolor postoperatorio fue evaluado por un segundo examinador, que fue cegado, usando dos escalas: escala de calificación verbal (VRS) y escala de calificación numérica (NRS). La evaluación se llevó a cabo a las 6, 12 y 24 h después del tratamiento encontrando que, para la prevalencia del dolor, la diferencia entre los grupos fue significativa

¹⁶ SIRINTAWAT N, SAWANG K, CHAIYASAMUT T, WONGSIRICHAT N . Pain measurement in oral and maxillofacial surgery. En: *J Dent Anesth Pain Med*. Dec, 2017. ; Vol. 17, N° 4, p.253-263

¹⁷ GONZÁLEZ, A. C., JIMÉNEZ, A., ROJAS, E. M., VELASCO, L. R., CHÁVEZ, M. A., & CORONADO, S. A. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. En: *Revista Mexicana de Anestesiología*. Ene – Mar, 2018. Vol. 41, N° 1, p. 7 - 14

para las evaluaciones realizadas después de 6 h ($p = 0.04$) y 24 h ($p = 0.02$). La diferencia después de 24 h se mantuvo significativa después de la estratificación por sexo y la extrusión del material de relleno. El aumento de la intensidad del dolor se asoció con la extrusión del material de relleno del conducto radicular a la región periapical en las dos escalas utilizadas¹⁸.

¹⁸ LOPES LPB, HERKRATH FJ, VIANNA ECB, GUALBERTO JÚNIOR EC, MARQUES AAF, SPONCHIADO EC. Effect of photobiomodulation therapy on postoperative pain after endodontic treatment: a randomized, controlled, clinical study. En: Clin Oral Investig. Jan, 2019. Vol. 23, N°.1, p. 285 - 292

8. CONCLUSIÓN

Esta investigación, trato de analizar la concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica del dolor en el seguimiento de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. Al realizar el cruce de información de ambos sexos se obtuvo en ambas escalas una concordancia de un 86%.

La evaluación correcta del dolor es fundamental para poder determinar qué tratamiento será más adecuado para el paciente. Es difícil medir la intensidad exacta de un dolor porque es una sensación emocional que cada uno vive a su manera, por lo tanto es de vital importancia que se establezca una comunicación clara entre el profesional de la salud y el paciente para poder evaluar, manejar e interpretar el dolor de la forma más precisa posible. Conocer las diferentes escalas de medición del dolor es fundamental ya que estos instrumentos nos ayudan a tener un mejor diagnóstico, ordenar los analgésicos correspondientes y un mejor desempeño en nuestra clínica. A pesar de que esta investigación se realizó en una población específica en la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena, los resultados obtenidos servirán de ahora en adelante para poder guiarle a la academia como dar uso de ellos y como utilizarlos en beneficio de la comunidad.

9. RECOMENDACIONES

Es de gran importancia en la carrera de odontología conocer las diferentes escalas de medición de dolor, esta herramienta nos ayuda a tener un mejor diagnóstico y un mejor desempeño en nuestra clínica por consiguiente brindar una atención de calidad.

A pesar de que esta investigación se realizó en una población específica de la Universidad los resultados obtenidos sirven como referente para impulsar este en las demás facultades presentes en la Universidad de Cartagena.

Es conveniente que en la clínica se manejen instrumento que nos permitan tener un mejor manejo del dolor que aqueja nuestros pacientes y de esta forma brindar a la academia los recursos necesarios para que esta investigación se aplique en beneficio de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- BURÓN, F. D., VIDAL, J. M., ESCUDERO, P. B., ARMENTEROS, A. M., LÓPEZ, J. B., & GARCÍA, M. M. Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. En: *Revista española de Anestesiología y Reanimación*. May, 2011. Vol. 58, N° 5, p. 279-282.
- CALLE, D. T., GÓMEZ, L. B. L., & GAVIRIA, B. E. H. Comportamiento del nivel de ansiedad y del grado de dolor en pacientes con tratamiento endodóntico. En: *CES Odontología*. Ene –Jun, 2005. Vol.18, N° .1, p. 15-20.
- GAYA, V. O., CAPILLA, M. V., & MATEOS, R. G. Relación de las variables del paciente y de la intervención con el dolor y la inflamación postoperatorios en la exodoncia de los terceros molares. En: *Medicina oral*. Nov – Dec,2002. Vol. 22, N° .7, p. 360-369
- GONZÁLEZ, A. C., JIMÉNEZ, A., ROJAS, E. M., VELASCO, L. R., CHÁVEZ, M. A., & CORONADO, S. A. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. En: *Revista Mexicana de Anestesiología*. Ene – Mar, 2018. Vol. 41, N° .1, p. 7 – 14
- ISIK K, UNSAL A, KALAYCI A, DURMUS E. Comparison of three pain scales after impacted third molar surgery. En: *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. Dec, 2011. Vol. 112, N° .6, p.715-8.
- KLAGES U, KIANIFARD S, ULUSOY O, WEHRBEIN H. Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures. En: *Community Dent Oral Epidemiol*. Apr, 2006. Vol. 34, N° .2, p. 139-45.

- LOPES LPB, HERKRATH FJ, VIANNA ECB, GUALBERTO JÚNIOR EC, MARQUES AAF, SPONCHIADO EC. Effect of photobiomodulation therapy on postoperative pain after endodontic treatment: a randomized, controlled, clinical study. En: Clin Oral Investig. Jan, 2019. Vol. 23, N°.1, p. 285 - 292
- LANDRÓGUEZ, S. S.; FLORES, L. A. R.; DELGADO, P. E.; GARCÍA, P. J.; MERINA, D. R. & PÉREZ, R. M. D. Alternativas de uso y eficacia analgésica en el dolor de origen dental en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria. En: Int. J. Odontostomat. 2016. Vol. 10, N°.2, p. 221-228.
- MENETTI FCS, MALDONADO JS, MARTINS GS, TUCUNDUVA MJ. Avaliação da intensidade de dor em pacientes submetidos a tratamentos odontológicos. En: Science in Health. Sep- Dic, 2011. Vol. 2, N°.3, p. 163-9
- SEGURA, J.J.; CISNEROS, R. Valoración del dolor intraoperatorio experimentado por los pacientes durante el tratamiento endodóncico no quirúrgico. En: Cient Dent. Mar, 2008. Vol. 5, 1:00-00.
- SIRINTAWAT N, SAWANG K, CHAIYASAMUT T, WONGSIRICHAT N . Pain measurement in oral and maxillofacial surgery. En: J Dent Anesth Pain Med. Dec, 2017. ; Vol. 17, N°.4, p.253-263

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Nombre del Paciente: _____

Documento de Identidad: _____ **Edad:** _____ **Sexo** _____

Diagnostico _____

Instrumento para la medición del dolor (EVA)

CONTENIDO: Esta escala está diseñada con la finalidad de evaluar el dolor en los pacientes atendidos en el área de urgencia de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena. Con esto podemos evaluar el dolor Según su intensidad y clasificarlo según su estado ya sea leve, moderado o severo. Esto con el fin de profundizar en dicha temática, ordenar los medicamentos correspondientes y dar a conocer más de este tema.

INSTRUCCIONES Se le pide al paciente que indique en la línea recta ubicada de manera horizontal y delimitada donde está el dolor en relación con los dos extremos. Esta calificación será la aproximación del nivel que mejor represente a su dolor.

No Dolor

El Peor Dolor



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Nombre del Paciente: _____

Documento de Identidad: _____ **Edad:** _____ **Sexo** _____

Diagnostico: _____

CONTENIDO:

Esta escala está diseñada con la finalidad de evaluar el dolor en los pacientes atendidos en la facultad de odontología UDC. En dicho estudio los pacientes participaran de manera voluntaria, esta información será evaluada bajo condiciones éticas, ninguno de estos datos serán revelados. Con esto pretendemos evaluar el dolor según su intensidad ya sea: leve, moderado, severo. De esta forma queremos utilizar este estudio con fines académicos, profundizar en dicha temática, ordenar los medicamentos correspondientes y dar a conocer más de este tema.

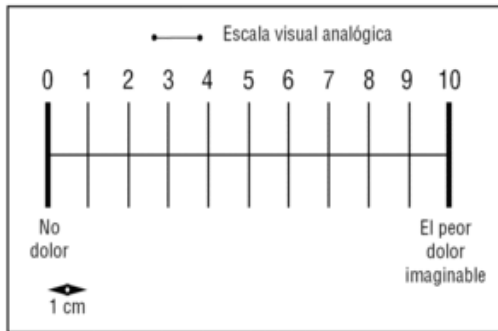
INSTRUCCIONES:

El paciente debe marcar con una **X** en una línea recta ubicada de manera horizontal y delimitada con varios puntos, cada punto tiene un valor que será utilizado para medir la intensidad del dolor.

ESCALA DE DOLOR (EVN)

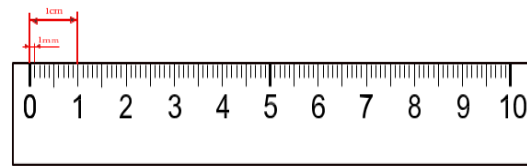
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Escala visual analógica (fig. 6)



19

Regla milimetrada (fig.7)



Graduación del dolor.

De 4 a 6 dolor moderado-grave y más de 6 dolor muy intenso.

Aplicación de pruebas (fig.8, 9 y 10)

(Fig.9)

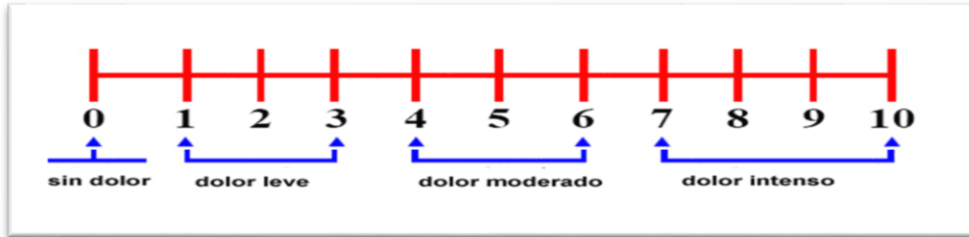


(Fig.10)



¹⁹ (C. Pardo¹; T. Muñoz²; C. Chamorro³ y Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC, Med. Intensiva vol.30 no.8 nov. 2006) Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004

Clasificación de dolor según su intensidad (Fig. 11)



20

²⁰ (enfermer@ Urgencias y UCI, 2015) <http://enfermeroemergencias.blogspot.com/2015/08/escalas-de-valoracion-del-dolor.html>

DISTRIBUCIÓN DE MUESTRAS SEGÚN EL SEXO, EDAD Y DIAGNÓSTICO

Participantes	Valor Edad	Escala EVA	Escala EVN	Sexo	Dx	Tto
David Ceballos	1	8	7	1	2	2
Enrique Machado	2	6	5	1	2	2
Joleisis de Jesus Villa	1	5	5	0	2	2
Kevin Herrera Parra	1	7	6	1	2	2
Ruth Carmona Barreto	2	8	7	0	2	2
Mayra Eugenia Rojas	2	8	6	0	3	3
Alan de Jesus Leon	1	9	10	1	2	2
Lorena Gomez	2	6	7	0	2	2
Yerlin Cervantes	2	5	6	0	2	2
Jennis Camargo Miranda	2	6	6	0	2	2
Yeraldin Paola Blanco Hernandez	1	7	7	0	2	2
Elvira Elena Borques Veles	2	6	6	0	2	2
Alcemar Goyo Parra	1	9	10	1	2	2
Cristian Martinez	1	5	7	1	2	2
German Buelvas Medina	2	8	7	1	2	2
Hernan Moreno Ordenez	2	10	9	1	2	2
Jorge Barreto Arroyo	2	5	6	1	2	2
amparo seguro delgado	2	4	6	0	2	4
cesar guerrero espitia	1	7	5	1	2	3
lucila hernandez alvarado	2	6	5	0	2	4
doris argumedo estrada	1	8	6	0	2	4
carlos nuñes	3	7	8	1	2	2
helena manjarrez mendoza	2	8	10	0	2	2
isabel sarmiento	1	7	9	0	2	2
ana santoyo hurtado	2	9	5	0	2	3
gabriel baron	1	4	6	1	3	3
arelys diaz lopez	1	6	8	0	2	2
argenida murillo	3	7	9	0	2	3
angel andrea polo	2	5	7	1	2	4
marilin morales	1	8	6	0	2	3
ana perez beltran	2	5	6	0	2	2
julian salcedo m	1	9	9	1	2	3