UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

"RELACIÓN DE LA PRESENCIA DE LOS TERCEROS MOLARES Y EL DESARROLLO DE CEFALÉAS Y CERVICALGIAS RECURRENTES"

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Terapia Física

Autora: Vásconez Astudillo, Thalía Mercedes

Tutor: Lcda. Peñafiel Luna, Andrea Carolina, Mg.

Ambato - Ecuador

Febrero, 2020

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Informe de Investigación sobre el tema: **"RELACIÓN DE LA PRESENCIA DE LOS TERCEROS MOLARES Y EL DESARROLLO DE CEFALÉAS Y CERVICALGIAS RECURRENTES",** de Thalía, Vásconez, estudiante de la carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre del 2019

LA TUTORA

……

Lcda. Peñafiel Luna, Andrea Carolina, Mg.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Informe de Investigación sobre:

"**RELACIÓN DE LA PRESENCIA DE LOS TERCEROS MOLARES Y EL DESARROLLO DE CEFALÉAS Y CERVICALGIAS RECURRENTES**", como también los contenidos, las ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Noviembre del 2019

LA AUTORA

……

Vásconez Astudillo, Thalía Mercedes

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga de una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Noviembre del 2019

LA AUTORA

……

Vásconez Astudillo, Thalía Mercedes

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación, sobre el tema "**RELACIÓN DE LA PRESENCIA DE LOS TERCEROS MOLARES Y EL DESARROLLO DE CEFALÉAS Y CERVICALGIAS RECURRENTES**", de estudiante de la carrera de Terapia Física.

Ambato, Febrero 2020

Para constancia firman

……... …….. …….

PRESIDENTE/A 1er VOCAL 2do VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mis padres, que han sido mi inspiración y ejemplo a seguir en cada paso;

A mi familia que de una u otra forma han estado presentes, y con palabras de aliento me han sabido apoyar en esta larga carrera;

Thalía Vásconez

AGRADECIMIENTO

Agradezco, a Dios por la vida y por la bendición de cada día;

A mis padres por ser incondicionales y apoyarme siempre;

A mis amigas por su complicidad y buenos momentos;

A mis profesores por lo conocimientos impartidos;

A mi tutor por la guía y orientación.

Thalía Vásconez

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE: i
APROBACIÓN DEL TUTOR ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO iii
DERECHOS DE AUTOR iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR v
DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTO vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS viii
INDICE DE TABLAS x
INDICE DE FIGURAS x
RESUMEN xii
ABSTRACT xiii
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I 2
MARCO TEÓRICO 2
1.1. Antecedentes Investigativos 2
1.2. Objetivos 8
1.2.1. Objetivo General 8
1.2.2. Objetivos Específicos 8
METODOLOGÍA 9
2.1. Materiales 9
2.1.1. Historia clínica odontológica de los pacientes 9
2.1.2. Ficha de registro de información 9
2.1.3. Consentimiento informado 9
2.1.4. Programa Excel 9
2.1.5. Programa Estadístico SPSS 10
2.2. Métodos 10
2.3. Hipótesis 11
CAPÍTULO III 12
RESULTADOS Y DISCUSIÓN 12
3.1. Categorización de la población según el estado de los terceros molares 12

3.2. Análisis y discusión de los resultados en pacientes con terceros molares: Cuestionario de percepción de la cefalea 13

3.2.1. Relación entre la edad y el sexo 13

3.2.2. Zona corporal adolorida ¿En qué lugar presenta el dolor? 14

3.2.3. Acción detonante del dolor ¿Cuándo presenta más dolor? 15

3.2.4. Percepción del dolor ¿Cómo percibe el dolor que siente? 16

3.2.5. Presentación del dolor ¿De qué forma se presenta su dolor? 17

3.2.6. Intensidad del dolor ¿Cuál es la intensidad del dolor que usted percibe? 18

3.2.7. Duración del dolor ¿Cuál es el tiempo de duración del dolor? 19

3.2.8. Frecuencia del dolor ¿Cuál es la frecuencia con la que se presenta su dolor? 20

3.2.9. Síntomas asociados con el dolor ¿Siente otro síntoma que se relacione con el dolor? 21

3.3. Análisis y discusión de resultados: Cuestionario Índice de Discapacidad Cervical 22

3.3.1. Intensidad del dolor de cuello 22

3.3.2. Cuidados personales 23

3.3.3. Levantar pesos 24

3.3.4. Lectura 25

3.3.5. Concentrarse en algo 26

3.3.6. Trabajo 27

3.3.7. Sueño 28

3.3.8. Actividades de ocio 29

3.4. Verificación de la hipótesis 30

3.4.1. Modelo Lógico 30

3.4.2. Modelo Estadístico: 30

3.4.3. Prueba Estadística: 31

CAPÍTULO IV 34

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 34

3.1. Conclusiones 34

3.2. Recomendaciones 36

REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS 37

ANEXOS 40

Anexo 1. Consentimiento Informado 40

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estado de los terceros molares 12
Tabla 2. Relación entre la edad y el sexo 13
Tabla 3. Zona corporal donde presenta dolor por terceros molares 14
Tabla 4. Acción detonante del dolor de cabeza 15
Tabla 5. Percepción del dolor de cabeza 16
Tabla 6. Presentación del dolor de cabeza 17
Tabla 7. Intensidad del dolor de cabeza 18
Tabla 8. Duración del dolor de cabeza 19
Tabla 9. Frecuencia del dolor de cabeza 20
Tabla 10. Síntomas asociados con el dolor de cabeza 21
Tabla 11. Intensidad del dolor de cuello 22
Tabla 12. Cuidados personales 23
Tabla 13. Levantar pesos 24
Tabla 14. Lectura 25
Tabla 15. Concentrarse en algo 26
Tabla 16. Trabajo 27
Tabla 17. Sueño 28
Tabla 18. Actividades de ocio 29
Tabla 19. Coeficientes del Rho de Spearman 31
Tabla 20. Relación entre el estado de los terceros molares y cefaleas 31
Tabla 21. Relación entre el estado de los terceros molares y cervicalgias 32

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estado de los terceros molares 12
Figura 2. Relación entre el sexo y la edad 13
Figura 3. Zona corporal afectada 14

Figura 4. Acción detonante del dolor de cabeza 15
Figura 5. Percepción del dolor de cabeza..... 16
Figura 6. Presentación del dolor de cabeza 17
Figura 7. Presentación del dolor de cabeza 18
Figura 8. Duración del dolor de cabeza 19
Figura 9. Frecuencia del dolor de cabeza..... 20
Figura 10. Síntomas asociados con el dolor de cabeza 21
Figura 11. Intensidad del dolor de cuello..... 22
Figura 12. Cuidados personales 23
Figura 13. Levantar pesos 24
Figura 14. Lectura 25
Figura 15. Concentrarse en algo 26
Figura 16. Trabajo..... 27
Figura 17. Sueño 28
Figura 18. Actividades de ocio 29

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

Tema: RELACIÓN DE LA PRESENCIA DE LOS TERCEROS MOLARES Y EL DESARROLLO DE CEFALEAS Y CERVICALGIAS RECURRENTES.

Autora: Vásconez Astudillo, Thalía Mercedes
Tutora: Lcda. Peñafiel Luna, Andrea Carolina, Mg.
Fecha: Noviembre, 2019

RESUMEN

Las cefaleas y cervicalgias constituyen los síntomas más recurrentes en las consultas médicas, suelen evolucionar de manera favorable con el tratamiento convencional; pero en ocasiones su resolución se prolonga, convirtiéndose en un problema crónico, que limita la autonomía de la persona y produce un sensible deterioro en la calidad de vida, por lo que se ha propuesto relacionar la presencia de los terceros molares y el desarrollo de cefaleas y cervicalgias recurrentes, a través de la aplicación a 30 pacientes con presencia de terceros molares, sintomáticos o no; de un cuestionario de percepción de cefaleas y el cuestionario índice de discapacidad cervical, los pacientes fueron categorizados por edad y sexo, según el estado de sus terceros molares, se identificaron las características clínicos del dolor por cefalea y cervicalgia. Los resultados revelaron que el 30% de la población tenían terceros molares brotados, el 20% retenidos y el 50% extraídos; la mayoría de la población se encontraban entre los 18 a 25 años de edad; existe dolor de mandíbula asociado a la cefalea; que se desata al masticar; en forma de presión; de tipo intermitente y de intensidad moderada; mientras que la cervicalgia no alteraba en gran medida las actividades diarias de los pacientes y se presentaba en una intensidad moderada, La correlación entre las variable cefalea y terceros molares, revela un p valor de 0,551; y cervicalgia 0,009; por lo que se concluyó que el estado de los terceros molares no influyen en la presencia de cefaleas; mientras que en cervicalgias si tienen relación.

PALABRAS CLAVES: CEFALEA, CERVICALGIA, TERCEROS MOLARES, DISCAPACIDAD CERVICAL, PERCEPCIÓN DE CEFALEA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

Topic: RELATIONSHIP OF THE PRESENCE OF THE THIRD MOLARS AND THE DEVELOPMENT OF RECURRENT HEADACHES AND CERVICALGIA.

Autor: Vásconez Astudillo, Thalía Mercedes
Tutor: Lcda. Peñafiel Luna, Andrea Carolina, Mg
Date: November, 2019

ABSTRACT

Headaches and cervicalgia are the most recurrent symptoms in medical consultations, usually evolve favorably with conventional treatment; but sometimes its resolution is prolonged, becoming a chronic problem, which limits the autonomy of the person and produces a sensitive deterioration in the quality of life, so it has been proposed to relate the presence of the third molars and the development of headaches and recurrent cervicalgia, through the application to 30 patients with the presence of third molars, symptomatic or not; From a headache perception questionnaire and the cervical disability index questionnaire, patients were categorized by age and sex, according to the status of their third molars, the clinical characteristics of headache and cervicalgia pain were identified. The results revealed that 30% of the population had sprouted third molars, 20% retained and 50% extracted; the majority of the population were between 18 and 25 years of age; there is jaw pain associated with headache; that is unleashed when chewing; in the form of pressure; of intermittent type and of moderate intensity; While cervicalgia did not greatly alter the daily activities of the patients and presented at a moderate intensity, the correlation between the headache variable and third molars reveals a p value of 0.551; and cervicalgia 0.009; Therefore, it was concluded that the state of the third molars does not influence the presence of headaches; while in cervicalgias if they are related.

KEY WORDS: HEADACHE, CERVICALGIA, THIRD MOLARS, CERVICAL DISABILITY, HEADACHE PERCEPTION.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de columna cervical, no se consideran enfermedades sino se expresan como síntomas; estos pueden categorizarse por el tiempo de evolución, la intensidad, la frecuencia, etc. (4) Siendo un síntoma subestimado muchas veces, suele atribuirse únicamente a problemas posturales, sobreesfuerzo, o traumas y microtraumas (5); dejando de lado la evaluación y estudio de trastornos musculoesqueléticos, orofaciales y síndromes miofasciales en la articulación temporomandibular (ATM). (6)

Las cefaleas y cervicalgias constituyen los síntomas más recurrentes en las consultas médicas, suelen evolucionar de manera favorable con el tratamiento convencional; pero en ocasiones su resolución se prolonga, convirtiéndose en un problema crónico, que limita la autonomía de la persona y produce un sensible deterioro en la calidad de vida.

En el proyecto se ha propuesto relacionar la presencia de los terceros molares y el desarrollo de cefaleas y cervicalgias recurrentes, a través de la aplicación a 30 pacientes con presencia de terceros molares, sintomáticos o no; de un cuestionario de percepción de cefaleas y el cuestionario índice de discapacidad cervical, los pacientes fueron categorizados por edad y sexo, según el estado de sus terceros molares, se identificaron las características clínicos del dolor por cefalea y cervicalgia.

Los resultados revelaron que el 30% de la población tenían terceros molares brotados, el 20% retenidos y el 50% extraídos; la mayoría de la población se encontraban entre los 18 a 25 años de edad; existe dolor de mandíbula asociado a la cefalea; que se desata al masticar; en forma de presión; de tipo intermitente y de intensidad moderada; mientras que la cervicalgia no alteraba en gran medida las actividades diarias de los pacientes y se presentaba en una intensidad moderada.

La correlación entre las variable cefalea y terceros molares, revela un p valor de 0,551; y cervicalgia 0,009; por lo que se concluyó que el estado de los terceros molares no influyen en la presencia de cefaleas; mientras que en cervicalgias si tienen relación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes Investigativos

El dolor, siendo una sensación desagradable subjetiva y sensorial, amerita una valoración profunda, para determinar la causa concreta y así el tratamiento pertinente. (1) Se ha constituido como el síntoma más frecuente de consulta diaria, entre los más habituales se encuentra la cefalea y cervicalgia. (2) Inicialmente el dolor es tratado con terapia analgésica inespecífica por largo tiempo, hasta lograr obtener un diagnóstico específico. (2)

El dolor cervical tanto como la cefalea, suelen evolucionar de manera favorable con el tratamiento farmacológico y de fisioterapia; pero en ocasiones su resolución total se prolonga, convirtiéndose en un problema crónico, que limita la autonomía de la persona y produce un sensible deterioro en su calidad de vida. (3)

Los problemas de columna cervical, no se consideran enfermedades sino se expresan como síntomas; estos pueden categorizarse por el tiempo de evolución, la intensidad, la frecuencia, etc. (4) Siendo un síntoma subestimado muchas veces, suele atribuirse únicamente a problemas posturales, sobreesfuerzo, o traumas y microtraumas (5); dejando de lado la evaluación y estudio de trastornos musculoesqueléticos, oro faciales y síndromes miofasciales en la articulación temporomandibular (ATM). (6)

La cervicalgia está considerado como un síntoma, que prevalece entre 10% y 50% de la población tanto adulta como adolescente (7) (1), en España es del 13% y a lo largo de la vida alcanza el 70%; sugiriendo que la elevada tasa pudiera ser por el alto índice de recidivas. (3) Solo el 10% de las cervicalgias son causadas por enfermedades específicas, mientras que el 90% se relacionan con cuadros degenerativos y mecánicos; en articulaciones, ligamentos, músculos del cuello. (3) Afectando las raíces nerviosas y médula espinal en un 1%; pero solo el 14% de estas llegan a cronificarse. (7)

Los síntomas van desde el dolor en la nuca, parte posterior del cuello, hombros, región dorsal alta (7); además de presencia de contracturas musculares, impotencia funcional, irradiación del dolor al hombro, y ocasionalmente vértigo, mareos e inestabilidad. (1)

Por su potencial incapacitante, la cefalea y cervicalgia, son considerados a nivel mundial con un gran mal, ya que llega a ser la principal causa de discapacidad en edad laboral (8) (1); existen reportes donde el 60% de los individuos han informado una disminución de la eficacia laboral por cefalea; aumentando el absentismo, la reducción de compromisos sociales y el desarrollo de depresión. (9) Generalmente no tienen una causa concreta, pero llega a provocar trastornos psicológicos, físicos y socio afectivos que alteran la calidad de vida de los pacientes. (2) Además tiene relevancia socio sanitario, por el gran costo económico que representa. (3)

El dolor persistente tanto en el cuello como en la cabeza, que no ceden con los tratamientos convencionales, generalmente se produce por un proceso irritativo del sistema nervioso en cualquier lugar del organismo, interfiriendo en la función normal de las estructuras. (2)

Una de las causas de dolor cuello y cefalea, con las disfunciones temporomandibulares (10), pueden presentarse por alteraciones en los discos cartilaginosos en la articulación, en los músculos de la mandíbula, cara y cuello, en los ligamentos, vasos y nervios; y por trastornos en los dientes. (11) Aparecen como puntos desencadenantes, en la musculatura de cabeza, cuello, mandíbula. (12)

Según, Huapaya, C.; et al (2016), en su estudio sobre la “Asociación de cefalea de tipo tensional con disfunción temporomandibular según el índice D/TMD”; siendo la cefalea uno de los motivos de consulta más frecuente, y prevalente en todas las edades; este debe ser valorado por sus factores multicausales; por lo que se propusieron evaluar la asociación entre la cefalea tensional y las disfunciones temporomandibulares en adultos jóvenes que asisten al servicio de Neurología y estomatología del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara “CMST”; se evaluó a 154 pacientes de 18 a 30 años, divididos en dos grupos de 77 pacientes con diagnóstico de cefalea tensional y 77 pacientes sin cefalea tensional; los obtenidos fueron la presencia de disfunción temporomandibular de 71,4% en el grupo de estudio, y del 11,7% en el grupo control, desordenes intraarticulares del 59,7% en el gripo de estudio y del 7,8%

en el grupo control; Finalmente encontraron una asociación significativa entre la cefalea de tipo tensional y la disfunción temporomandibular; además de la presencia de desórdenes intraarticulares. (9)

Una de las relaciones poco estudiadas es el "diente-órgano-resto del organismo", donde actualmente a través de electroacupuntura, bajo una visión más integral, se han encontrado que el 90% de las interferencias provenientes de la boca. (13) (14)

Las muelas del juicio o terceros molares, concurrentemente presentan problemas en su crecimiento; que por su ubicación en la cavidad bucal, genera una serie de trastornos en las zonas proximales y distales a la boca; como dolor de oídos, contracturas cervicales y de hombros, pérdida de la fuerza, paresias y parestesias en el brazo, cefaleas, mareos, inestabilidad, neuralgias del trigémino, etc. (13)

Según, Ruiseco A. et al (2014), en su estudio sobre "El dolor articular y su relación con las interferencias oclusales"; detectaron que muchas veces el dolor es un síntoma de afecciones estomatológicas y muchas veces se relacionan con el dolor articular, por lo que se propusieron determinar la presencia de interferencias oclusales durante los movimientos mandibulares en pacientes con dolor en la articulación temporomandibular; a través de un estudio descriptivo de corte transversal, realizado a 100 pacientes entre el año 2009 y 2010 con diagnóstico de dolor en la zona temporomandibular; encontrándose que el 93% de los participantes presentaron interferencias oclusales, con mayor frecuencia en el área de o trabajo durante el movimiento de lateralidad y protrusión; además el 85% presentaron interferencias en la línea de cierre. Concluyendo que la mayoría de pacientes presentan interferencias oclusales, la función lateral canina fue la más afectada y un gran porcentaje de interferencia fue en la línea de cierre y en mayor cantidad en la región molar. (15)

La presencia de amalgamas también provoca tensiones eléctricas, por la diferencia de potencial eléctrico; lo que pudiera dar origen a patologías a distancia. (16)

Según, Gómez J., et al. (2017), en su estudio sobre la "Relación entre la Odontología neurofocal y los dolores cervicales y de hombro"; analizaron las interferencias orales que pueden desencadenar una serie de enfermedades o síntomas dolorosos; por lo que se propusieron determinar los campos de interferencia en pacientes con trastornos óseos articulares y su tratamiento más efectivo; a través de un estudio cuasi-

experimental en pacientes que padecían dolores cervicales y de hombro que asisten a la consulta de Medicina Bioenergética y natural de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de la Provincia de Villa Clara entre el año 2012 y 2014; encontraron que los principales campos de interferencia provinieron de amalgamas y dientes retenidos, relacionados con la enfermedad estudiada; finalmente concluyeron que resulta eficaz el tratamiento neuroterapéutico en base a lidocaína al 0,5% para dolores cervicales y de hombro. (17)

Varios estudios demuestran que los terceros molares tienen relación con casi todos los órganos del cuerpo, demostrando que hay un predominio de los dolores de cabeza y de cuello en los pacientes que tiene los dientes retenidos. (15)

El hombre ha ido evolucionando, físicamente los arcos maxilares han disminuido el tamaño por el tipo de alimentación, el cruce de razas, etc.; por lo que el espacio para la erupción de los terceros molares queda muy reducido, provocando una mala posición y generando quistes; esta condición puede causar síntomas como tartamudez, epilepsia, dolores articulares y de cabeza; además de problemas de corazón y calambres musculares. (18)

Según, Amador, A. et al. (2015), en su estudio sobre "Tercer molar superior retenido en seno maxilar. Presentación de un caso"; analizaron la condición dentaria a consecuencia de los dientes que se han quedado encerrados dentro de los maxilares sin romper su saco pericoronario, denominados retenidos; por la alta incidencia de alteraciones locales y sistémicas, como dolores agudos, otalgias, neuralgias, cefaleas, caída de cabello, trastornos visuales, etc. A propósito de un caso de una paciente de 38 años, mestiza, que acudió a Consulta de Cirugía Maxilofacial en el Hospital Lenin remitida al servicio de Neurocirugía, que después de varios estudios de cráneo, por presentar cefaleas constantes de intensidad moderada a severa, además de caída de cabello, afectaciones visuales, dolor facial difuso y edema en hemicara derecha; refirió haber recibido tratamiento farmacológico para aliviar los síntomas; al examen físico no se encontró relevancias, mientras que con los rayos x de senos paranasales, se diagnosticó la presencia de tercer molar incluido en el seno maxilar derecho; para lo que fue sometida a cirugía mediante la técnica de Caldwell-Lud para extracción del molar, posteriormente la paciente evolucionó de manera favorable reduciéndose los síntomas significativamente. (18)

Según, Del Águila Arteaga, A. (2018) en su estudio sobre el "Síndrome de dolor cervical por tratamiento de ortodoncia en pacientes con maloclusión dental clase II y III"; analizó para lo que se propuso determinar si el síndrome de dolor cervical según el Método Mckenzie está presente en pacientes con tratamiento de ortodoncia atendidos en la Clínica Odontológica Dental CEPROD de la cuidad de Tacna en el año 2017; a través de un estudio observacional de tipo descriptivo con diseño retrospectivo de corte transversal, realizado a 60 pacientes en tratamiento de ortodoncia por maloclusión dental clase II y III, a los que se les aplicó la Ficha de Evaluación del Síndrome de Dolor Cervical; los resultados obtenidos fueron que el 85% de los pacientes presentaron síndrome de dolor cervical en las dos clases, siendo más frecuente en la clase II, además se presentaron los tres tipos de síndromes de dolor cervical con mayor predominio en la clase II; finalmente se concluyeron que el tratamiento de ortodoncia, sin preparación musculoesquelética provocó síndrome de dolor cervical, debido a cambios posturales por aparatología fija, para restablecer el equilibrio morfo funcional de la boca, predominando en el tratamiento superior a un año por presentar mayor cambio postural respecto al complejo cráneo mandibular y columna cervical. (18)

Según, Koval, P. (2011), en su estudio sobre "Cefalea y/o dolor cervical recurrentes crónicos en relación con la presencia de uno o más terceros molares (muelas del juicio)"; analizó que la cefalea y la cervicalgia recurrente, constituyen como un problema que afecta la calidad de vida de los pacientes; para lo que se planteó correlacionar la presencia de uno o más terceros molares, retenidos o no, sintomáticos o no; con la presencia o recurrencia crónica de cefalea o cervicalgia; el estudio de tipo retrospectivo aplicado a 64 pacientes entre 18 a 70 años que presentaron persistencia durante 1 a 32 años, que no habían tenido respuesta satisfactoria y sostenida a tratamientos convencionales farmacológicos, físicos y psicológicos; en todos los casos se obtuvieron una Rx dental panorámica, se comprobó la influencia de los terceros molares en la sintomatología de consulta médica mediante infiltración de lidocaína al 0,375% sin epinefrina, en los terceros molares presente se indicó exodoncia; el 87% de los casos fue necesario la infiltración en cicatriz de exodoncia, logrando en el 89% de los casos un alivio completo y duradero mínimo a 6 meses, el 11% restante tubo un alivio parcial en relación a la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de

dolor, requiriendo el uso de un AINE; el estudio concluyó que existe una relación directa entre la presencia de uno o más terceros molares y la persistencia de cefalea y dolor cervical, desconociendo el mecanismo de generación de los síntomas tratados, supone que la estimulación neural que generaron los terceros molares se asocian a algún tipo de memoria del tejido blando de sostén. (19)

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Relacionar la presencia de los terceros molares y el desarrollo de cefaleas y cervicalgias recurrentes.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Categorizar a la población adulta que mantienen los terceros molares por edad y sexo.
- Identificar las características clínicas del dolor por cefalea y cervicalgia que afecta en ciertos aspectos de la vida, de pacientes que conservan los terceros molares.
- Asociar el estado de los terceros molares y la presencia de cefaleas y cervicalgias.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Materiales

Para el levantamiento y análisis de la información necesaria para la investigación se usaron materiales físicos y digitales, los que fueron de tipo bibliográfico, documental, digital y estadístico.

2.1.1. Historia clínica odontológica de los pacientes

Se utilizó la historia clínica odontológica para identificar y clasificar a los pacientes que presentaban uno o más terceros molares, sintomáticos o no, pacientes con retención o no de terceros molares, sintomáticos o no y pacientes que han sido extraídos los terceros molares, sintomáticos o no en los últimos 6 meses.

2.1.2. Ficha de registro de información

Se diseñó una ficha de registro de información que contuvo dos partes: la primera que contenía los datos informativos del participante (edad y sexo) y la segunda parte sobre las características clínicas del dolor en cefalea y cervicalgia, la que incluyó un Cuestionario de percepción de la cefalea, y el Cuestionario Índice de Discapacidad cervical **Anexo 1.**

2.1.3. Consentimiento informado

Se diseñó un consentimiento informado, donde los participantes fueron informados de los procedimientos que se realizará con su información, en que fue firmado; autorizando el registro de su información con fines puramente investigativos **Anexo 2.**

2.1.4. Programa Excel

Se usó el programa Excel de Windows, para la creación de una base de datos, su posterior análisis a través de tablas y gráficos e interpretación de los resultados, según los objetivos planteados.

2.1.5. Programa Estadístico SPSS

Para la verificación de la hipótesis se utilizó el programa estadístico SPSS v20 IBM para Windows.

2.2. Métodos

La investigación fue de tipo no experimental; con un nivel descriptivo, observacional; bajo un enfoque cuantitativo; de corte trasversal; donde se pretendió determinar la relación entre la presencia de los terceros molares con la cefalea y cervicalgia.

Se categorizó a la población, que estaba conformada por 60 pacientes odontológicos, 30 que fueron extraídos sus terceros molares en los últimos 6 meses; y 30 pacientes presentaban sus terceros molares brotados o retenidos, se realizó una revisión de las historias clínicas odontológica en 2 Centros Privados Odontológicos, GMEDICAL_HEALTH S.A. y BARUCH.

Luego de identificaron las características clínicas de la cefalea y cervicalgia presentes en los 30 pacientes que aun conservaban uno o más terceros molares, a través del diseño y aplicación de una ficha de registro de información que tenía dos partes: I. Datos informativos, donde se consultó el sexo y la edad de los pacientes; y II. Características clínicas del dolor en cefalea y cervicalgia, considerando variables como dolores asociados, tiempo de aparecimiento del dolor, tipo de dolor, intensidad, frecuencia; usando un Cuestionario de percepción de la cefalea y el Cuestionario Índice de Discapacidad Cervical.

Finalmente se relacionará estadísticamente el estado de los terceros molares, con la presencia de cefaleas y la cervicalgias en toda la población

La investigación se desarrollará dentro de la modalidad de campo y bibliográfica que facilitó la recolección de información, el levantamiento de información se realizó por una sola ocasión a los 30 participantes, respetando los criterios de inclusión que fueron:

- Pacientes con presencia de uno o más terceros molares, sintomáticos o no,
- Pacientes con retención o no de terceros molares, sintomáticos o no,

- Pacientes que han sido extraídos los terceros molares, sintomáticos o no
- Participantes mayores de 18 años que deseen participar en la investigación.

Los datos obtenidos fueron analizados y diagramados a través de tablas y gráficos en el programa de Excel de Windows; mientras que la verificación de la hipótesis fue realizada en el Sistema IBM SPSS v20 para Windows; y finalmente se establecieron las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

2.3.Hipótesis

Ho: El estado de los terceros molares, si se relaciona con presencia de cefaleas y cervicalgias recurrentes

Hi: El estado de los terceros molares, no se relaciona con presencia de cefaleas y cervicalgias recurrentes

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Categorización de la población según el estado de los terceros molares

Tabla 1. Estado de los terceros molares

Sexo	Hombres		Mujeres		Total
Presentación terceros molares	**Fr**	**%**	**Fr**	**%**	**%**
Presentes	6	10,0	12	20,0	30,0
Retenidos	4	6,7	8	13,3	20,0
Extraídos	13	21,7	17	28,3	50,0
Total	23	38,3	37	61,7	100,0

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Figura 1. Estado de los terceros molares; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 60 participantes; el 30% presentaba terceros molares brotados de los cuales 6 eran hombres y 12 mujeres; el 20,0% presentaban terceros molares retenidos, de los cuales 4 eran hombres y 8 mujeres; mientras que el 50% presentaron terceros molares extraídos, de los cuales 13 eran hombres y 17 mujeres.

3.2. Análisis y discusión de los resultados en pacientes con terceros molares: Cuestionario de percepción de la cefalea

3.2.1. Relación entre la edad y el sexo

Tabla 2. Relación entre la edad y el sexo

Sexo	Hombres		Mujeres	
Grupo etario	**Fr**	**%**	**Fr**	**%**
18 a 25 años	5	16,7	8	26,7
26 a 35 años	4	13,3	7	23,3
Mayor a 36 años	1	3,3	5	16,7
Total	10	33,3	20	66,6

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

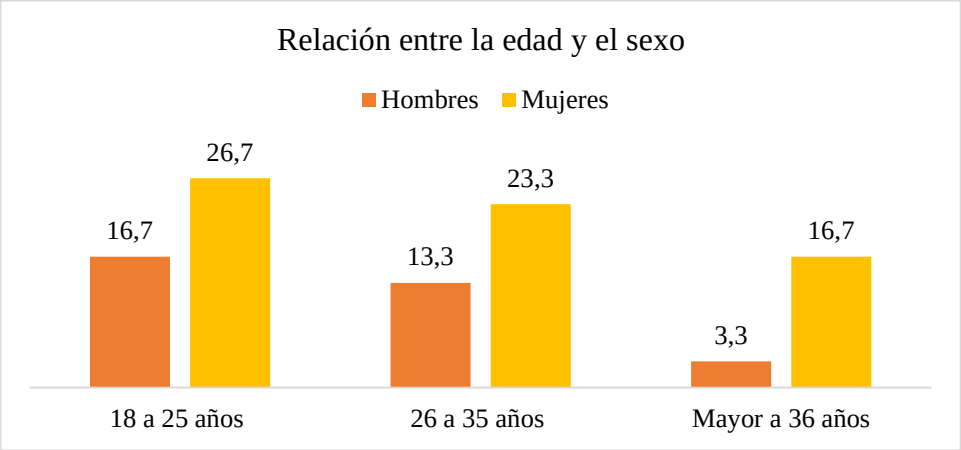

Figura 2. Relación entre el sexo y la edad; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 30 participantes; 10 son hombres, que representan el 33,3% y 20 mujeres, que constituyen el 66,6%; de los hombres el 16,7% se encuentran entre los 18 a 25 años, el 13,3% entre los 26 a 35 años y el 3,3% fueron mayores de 36 años; mientras que de las mujeres el 26,7% se encuentran entre los 18 a 25 años, 23,3% entre los 26 a 35 años y 16,7% fueron mayores de 36 años; por lo que se puede indicar que existen

mayor cantidad de pacientes en la edad entre 18 a 25 años, tanto en hombres como mujeres

3.2.2. Zona corporal adolorida ¿En qué lugar presenta el dolor?

Tabla 3. Zona corporal donde presenta dolor por terceros molares

Sexo	Hombres		Mujeres	
Zona corporal	**Fr**	**%**	**Fr**	**%**
Pómulo	3	10,0	2	6,7
Frente	0	0,0	4	13,3
Mandíbula	5	16,7	5	16,7
Zona ocular	0	0,0	0	0,0
Zona lateral de la cabeza	1	3,3	4	13,3
Zona de la media cabeza	0	0,0	5	16,7
Toda la cabeza	1	3,3	0	0,0
Total	10	33,3	20	66,7

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

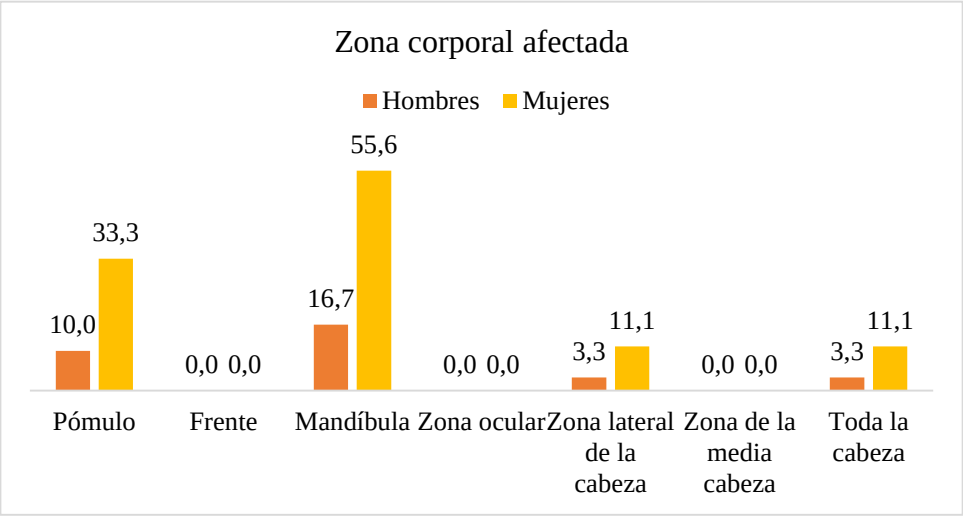

Figura 3. Zona corporal afectada; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 10 participantes hombres el 10% indica tener dolor en el pómulo, 16,7% en la mandíbula, 3,3% en la zona lateral de la cabeza y el 3,3,% en toda la cabeza; mientras que de las mujeres el 6,7% sienten dolor en el pómulo, 13,3% en la frente, 16,7% en la mandíbula, 13,3% en la zona lateral de la cabeza, 16,7% en la zona media de la cabeza; los resultados indican que tanto hombres como mujeres presentan con mayor

frecuencia dolor en la mandíbula asociado con los terceros molares, los hombres también refieren sentir mayor dolor en pómulos; mientras que las mujeres en la zona media de la cabeza, la frente y la zona lateral de la cabeza.

3.2.3. Acción detonante del dolor ¿Cuándo presenta más dolor?

Tabla 4. Acción detonante del dolor de cabeza

Sexo	Hombres		Mujeres	
Acción detonante de dolor	**Fr**	**%**	**Fr**	**%**
Despertar	1	3,3	6	20,0
Masticar	7	23,3	11	36,7
Bostezar	2	6,7	3	10,0
Total	10	33,3	20	66,7

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

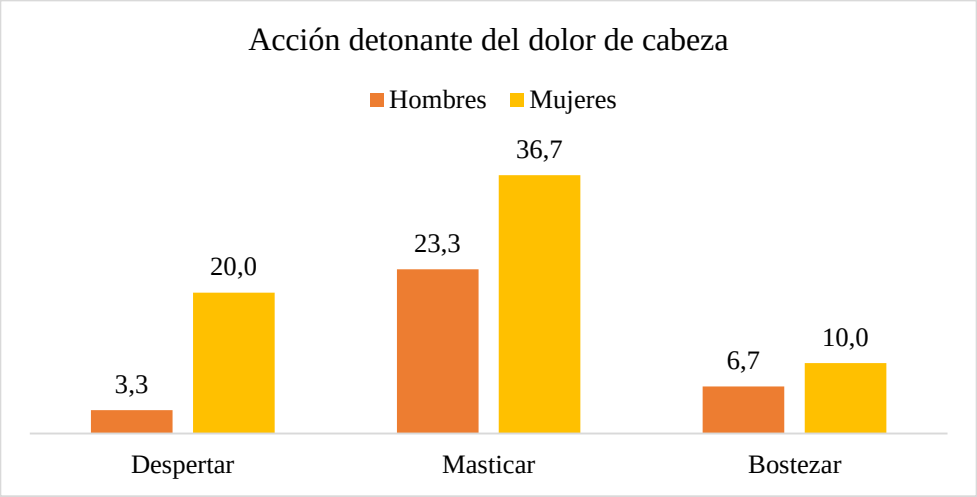

Figura 4. Acción detonante del dolor de cabeza; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 10 participantes hombres, el 3,3% sientes que el dolor de cabeza inicia al desertar, el 23,3% al masticar y el 6,7% al bostezar; mientras que las mujeres indican que el dolor de cabeza aparece al despertar en un 20%, 36,7% al masticar y 10% al bostezar. Por lo que se puede indicar que tanto hombres como mujeres sienten como

detonante del dolor de cabeza la acción de masticar, en hombres le sigue el bostezar y en mujeres al despertar.

3.2.4. Percepción del dolor ¿Cómo percibe el dolor que siente?

Tabla 5. Percepción del dolor de cabeza

Sexo	Hombres		Mujeres	
Percepción del dolor	**Fr**	**%**	**Fr**	**%**
Latido	3	30,0	4	13,3
Taladro	0	0,0	1	3,3
Calambres	0	0,0	0	0,0
Presión	7	70,0	15	50,0
Total	10	100	20	66,7

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

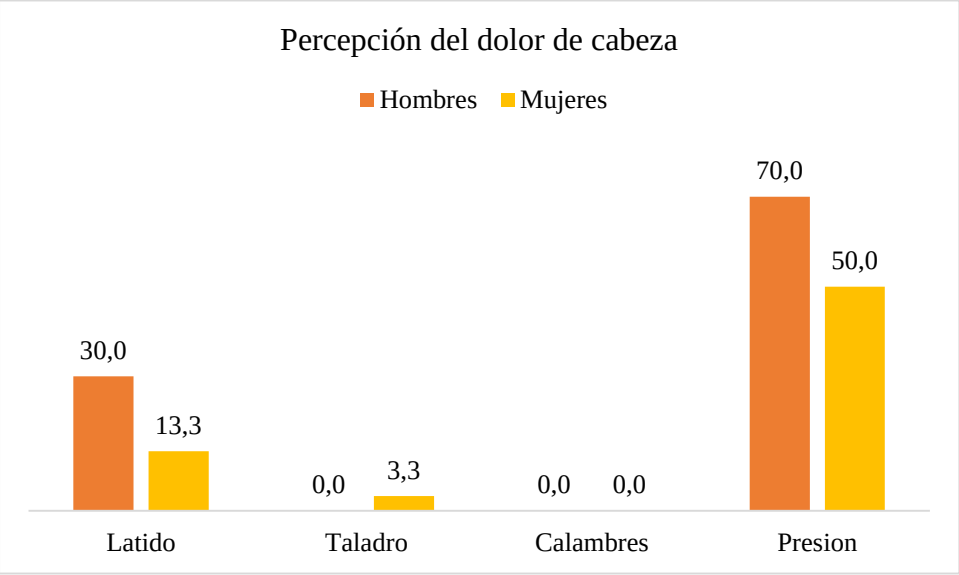

Figura 5. Percepción del dolor de cabeza; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 10 participantes hombres, el 30% perciben el dolor de cabeza como latido, y el 70% como una presión; mientras que el 13,3% de las mujeres perciben el dolor de cabeza como latido, el 3,3% como un taladro y el 50% como una presión. Por lo que

se puede indicar que tanto hombres como mujeres perciben en su mayoría el dolor de cabeza como una presión.

3.2.5. Presentación del dolor ¿De qué forma se presenta su dolor?

Tabla 6. Presentación del dolor de cabeza

Sexo	Hombres		Mujeres	
Presentación del dolor	**Fr**	**%**	**Fr**	**%**
Continuo	1	3,3	5	16,7
Intermitente	6	20,0	8	26,7
Mixto	3	10,0	7	23,3
Total	10	33,3	20	66,7

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

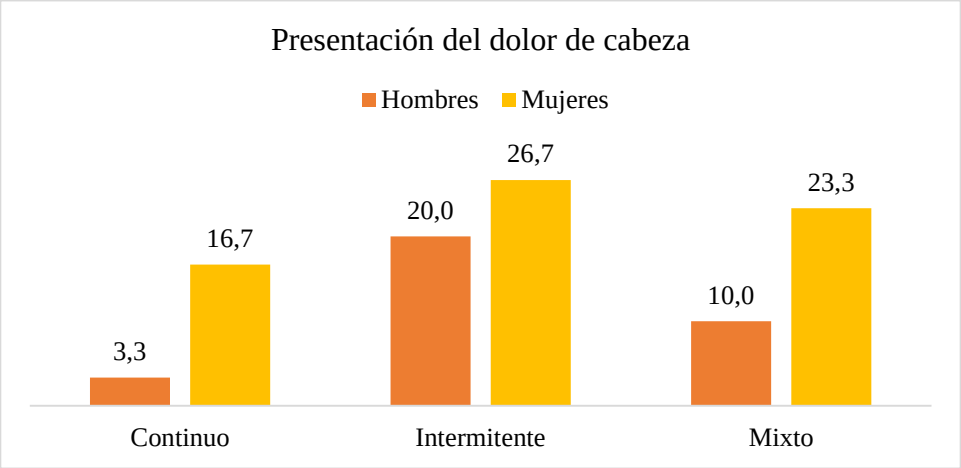

Figura 6. Presentación del dolor de cabeza; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 10 participantes hombres, el 3,3% indican que el dolor de cabeza es continuo, el 20% intermitente y el 10% mixto; mientras que el 16,7% de las mujeres indican que el dolor de cabeza que sienten es continuo, el 26,7% intermitente y el 23,3% mixto. Los resultados revelan que tanto hombres como mujeres presentan en su mayoría un dolor intermitente, en hombres le sigue el dolor continuo y en mujeres el dolor con características mixtas.

3.2.6. Intensidad del dolor ¿Cuál es la intensidad del dolor que usted percibe?

Tabla 7. Intensidad del dolor de cabeza

Sexo	Hombres		Mujeres	
Intensidad del dolor	**Fr**	**%**	**Fr**	**%**
Leve	2	6,7	4	13,3
Moderado	8	26,7	10	33,3
Severo	0	0,0	5	16,7
Muy severo	0	0,0	1	3,3
Total	10	33,3	20	66,7

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

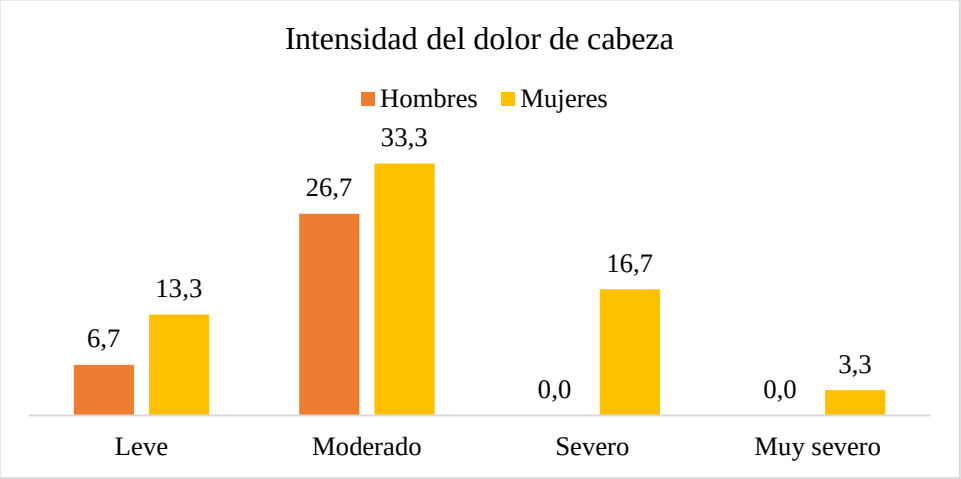

Figura 7.Presentación del dolor de cabeza; Fuente: Base de datos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 10 participantes hombres, el 6,7% perciben una intensidad del dolor de cabeza leva, el 26,7% moderado, y ninguno indica haber sentido dolor severo o muy severo; mientras que las mujeres indican percibir una intensidad de dolor leve en un 13,3%, 33,3% moderado, 16,7% severo y un 3,3% muy severo. Por lo que se puede indicar que tanto hombres como mujeres en mayor frecuencia perciben su dolor con una intensidad moderada, seguido en hombres de un dolor de intensidad leve; mientras que las mujeres perciben un dolor severo.

3.2.7. Duración del dolor ¿Cuál es el tiempo de duración del dolor?

Tabla 8. Duración del dolor de cabeza

Sexo	Hombres		Mujeres	
Duración del dolor	**Fr**	**%**	**Fr**	**%**
Segundos a minutos	3	10,0	6	20,0
Entre 30 minutos y 3 horas	7	23,3	10	33,3
Entre 4 horas y 3 días	0	0,0	2	6,7
Más de 3 días	0	0,0	2	6,7
Total	10	33,3	20	66,7

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

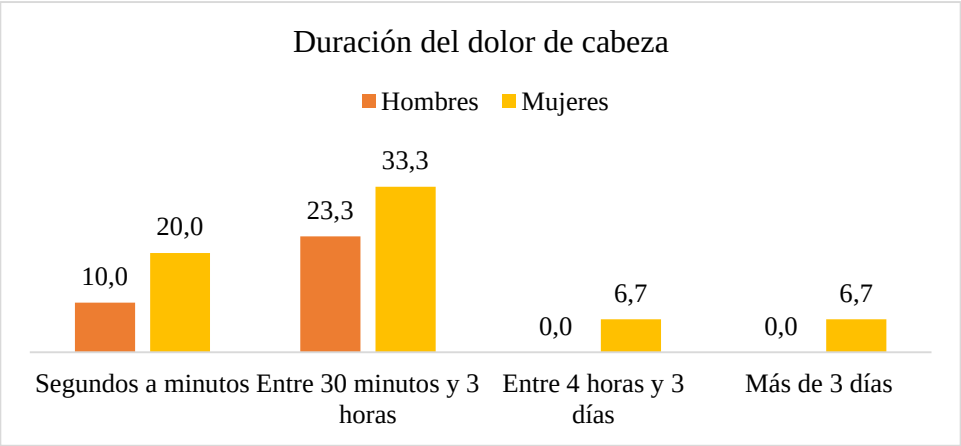

Figura 8. Duración del dolor de cabeza; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 10 participantes hombres, el 10% indican que el dolor dura entre segundos y minutos, el 23,3% entre 30 minutos a 3 horas; mientras que de las 20 mujeres el 20% indican que el dolor que sienten dura segundos a minutos, el 33,3% entre 30 minutos y 3 horas, 6,7% entre 4 horas a 3 días y otro 6,7% más de 3 días. Por lo que se puede indicar que tanto hombres como mujeres en mayor frecuencia refieren que su dolor dura entre 30 minutos y 3 horas, seguido de una duración entre segundos y minutos.

3.2.8. Frecuencia del dolor ¿Cuál es la frecuencia con la que se presenta su dolor?

Tabla 9. Frecuencia del dolor de cabeza

Sexo	Hombres		Mujeres	
Frecuencia del dolor	**Fr**	**%**	**Fr**	**%**
Brotes esporádicos 6-9 semanas	4	13,3	9	30,0
Crisis esporádicas y recurrentes	5	16,7	6	20,0
Más de 15 días al mes	0	0,0	0	0,0
A diario o casi diario	1	3,3	5	16,7
Total	10	33,3	20	66,7

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

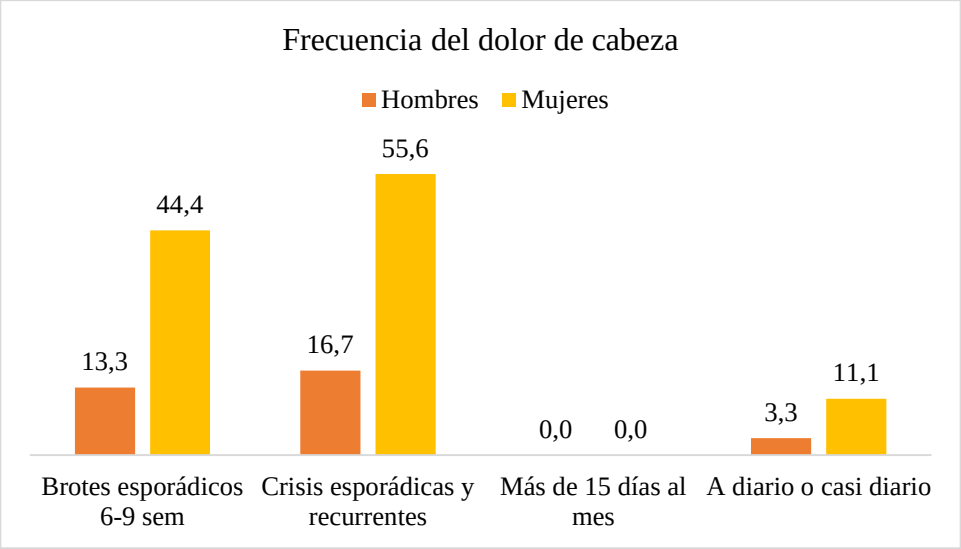

Figura 9. Frecuencia del dolor de cabeza; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 10 participantes hombres, el 13,3% reconocen que la frecuencia con la que parece su dolor de cabeza sucede como brotes esporádicos de 6 a 9 semanas, el 16,6% como crisis esporádicas y recurrentes y el 3,3% a diario o casi diario; mientras que de las 20 mujeres el 44,4% de las mujeres indican que sus episodios de dolor de cabeza aparecen como brotes esporádicos de entre 6 a 9 semanas, el 55,6% como crisis esporádicas y recurrentes, y el 11,1% a diario o casi a diario. Por lo que se puede

indicar que la mayoría de hombres y mujeres presentan su dolor como brotes esporádicos de 6 a 9 semanas.

3.2.9. Síntomas asociados con el dolor ¿Siente otro síntoma que se relacione con el dolor?

Tabla 10. Síntomas asociados con el dolor de cabeza

Sexo	Hombres		Mujeres	
Síntomas relacionado con el dolor	**Fr**	**%**	**Fr**	**%**
Espasmo facial	0	0,0	5	16,7
Sensibilidad al ruido	1	3,3	4	13,3
Sensibilidad a la luz	0	0,0	4	13,3
Amortiguamiento facial	2	6,7	2	6,7
Edema en la zona ocular	0	0,0	0	0,0
Nauseas-vómito	0	0,0	0	0,0
Ninguna	7	23,3	10	33,3
Total	10	33,3	25	83,3

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

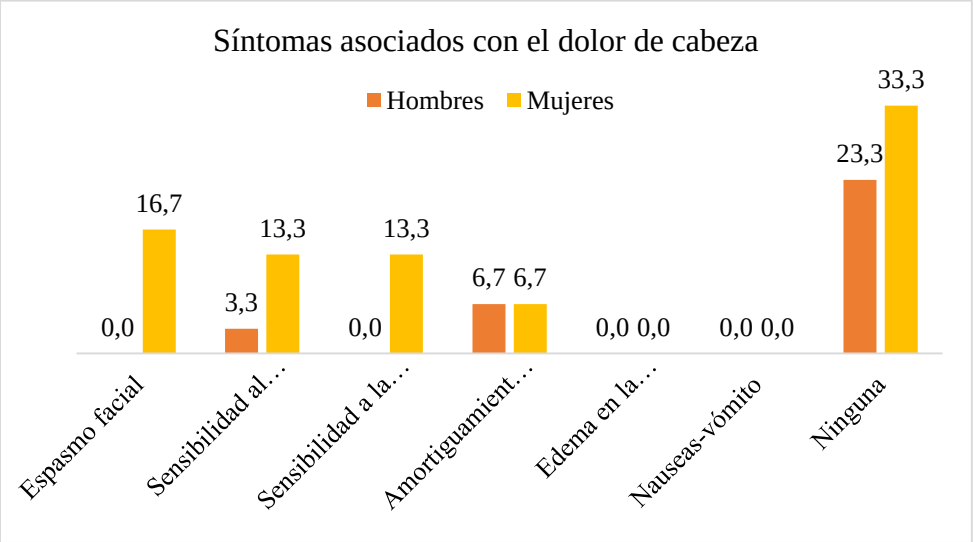

Figura 10. Síntomas asociados con el dolor de cabeza; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 10 participantes hombres, el 3,3% sienten sensibilidad al ruido, 6,7% amortiguamiento facial, y el 23,3% ningún síntoma asociado; mientras que de las 20 mujeres, el 16,7% sienten espasmo facial, 13,3% sensibilidad al ruido, 13,3% sensibilidad a la luz, 6,7% amortiguamiento facial y 33,3% no sienten ningún síntoma asociado con el dolor de cabeza. Por lo que en su mayoría los pacientes no han sentido síntomas asociados con el dolor de cabeza tanto en hombres como mujeres; aunque en

menor porcentaje las mujeres han presentado síntomas como sensibilidad a la luz, ruido y espasmo facial que las pacientes asocian con el dolor de cabeza.

3.3. Análisis y discusión de resultados: Cuestionario Índice de Discapacidad Cervical

3.3.1. Intensidad del dolor de cuello

Tabla 11. Intensidad del dolor de cuello

Intensidad del dolor de cuello	Fr	%
No tengo dolor en este momento	10	33,3
El dolor es muy leve en este momento	8	26,7
El dolor es moderado en este momento	12	40
El dolor es fuerte en este momento	0	0
El dolor es muy fuerte en este momento	0	0
En este momento el dolor es el peor que uno se puede imagina	0	0
Total	30	100

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

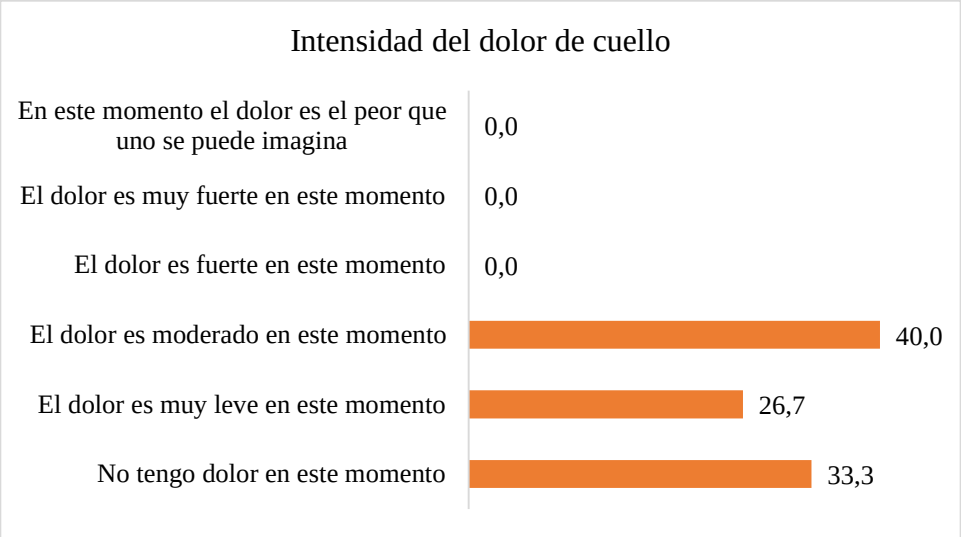

Figura 11. Intensidad del dolor de cuello; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 30 participantes, en relación a la intensidad del dolor de cuello, el 40%, indicaron que el dolor de cuello que sienten es moderado en este momento, el 26,7% que el dolor es muy leve en este momento, y el 33,3% indicó no tener dolor en el

momento de la entrevista. Por lo que lo que la mayoría de pacientes tienen un dolor persistente con se tiene relación con la presencia de dolor continuo de la cabeza.

3.3.2. Cuidados personales

Tabla 12. Cuidados personales

Cuidados personales	Fr	%
Puedo cuidarme con normalidad sin que me aumente el dolor	11	36,7
Puedo cuidarme con normalidad, pero este me aumenta el dolor	16	53,3
Cuidarme me duele de forma que tengo que hacerlo despacio y con cuidado	2	6,7
Aunque necesito alguna ayuda, me las arreglo para casi todos mis cuidados	1	3,3
No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama	0	0,0
Total	30	100

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

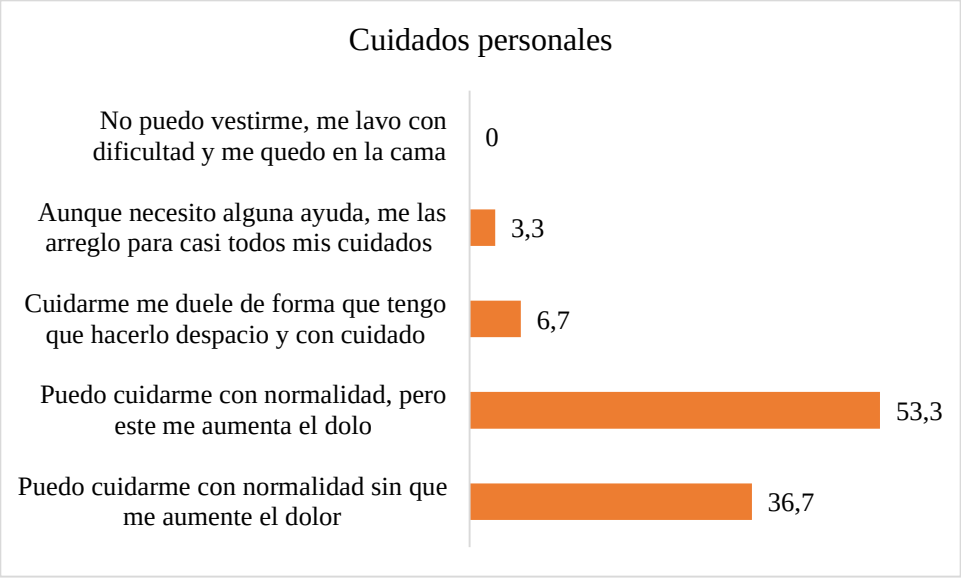

Figura 12. Cuidados personales; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

De los 30 participantes, en relación a la interferencia del dolor de cuello con el cuidado personal, el 3,3% indicaron que aunque necesita alguna ayuda, se las arregla para casi todos los cuidados, el 6,7% indicó que cuidarse le duele de forma que debe hacerlas despacio y con cuidado las actividades, el 53,3% indicó que puede cuidarse con

normalidad, pero las actividades de cuidado personal aumentan su dolor, y el 36,7% pueden cuidarse con normalidad sin que aumente el dolor. Por lo que la mayoría refieren que sientes dolor o malestar al realizar las actividades de cuidado personal.

3.3.3. Levantar pesos

Tabla 13. Levantar pesos

Levantar pesos	Fr	%
Puedo levantar objetos sin aumento del dolor	12	40,0
Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor	16	53,3
El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero lo puedo hacer si están colocados en un sitio fácil como, por ejemplo, en un mesa	1	3,3
El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil	1	3,3
Solo puedo levantar objetos muy ligeros	0	0,0
No puedo levantar ni llevar ningún tipo de peso	0	0,0
Total	30	100

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

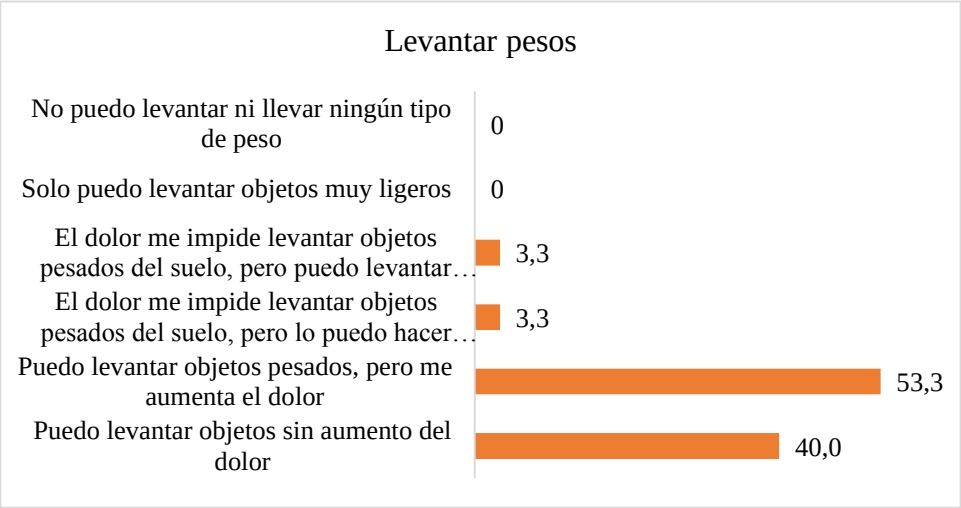

Figura 13. Levantar pesos; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

En relación al permitirse levantar pesos, de los 30 participantes, el 3,3% indicaron que sienten el dolor les impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil, el 3,3% el dolor les impide levantar objetos pesados del suelo, pero lo puedo hacer si están colocados en

un sitio fácil como una mesa, el 53,3% pueden levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor, y el 40% pueden levantar objetos sin aumento del dolor. Por lo que la mayoría de pacientes refieren dolor de cuello al levantar objetos pesados.

3.3.4. Lectura

Tabla 14. Lectura

Lectura	Fr	%
Puedo leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello	20	66,7
Puedo leer todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello	9	30,0
Puedo leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello	1	3,3
No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello	0	0,0
Apenas puedo leer por el gran dolor que me produce en el cuello	0	0,0
No puedo leer nada en absoluto	0	0,0
Total	30	100

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

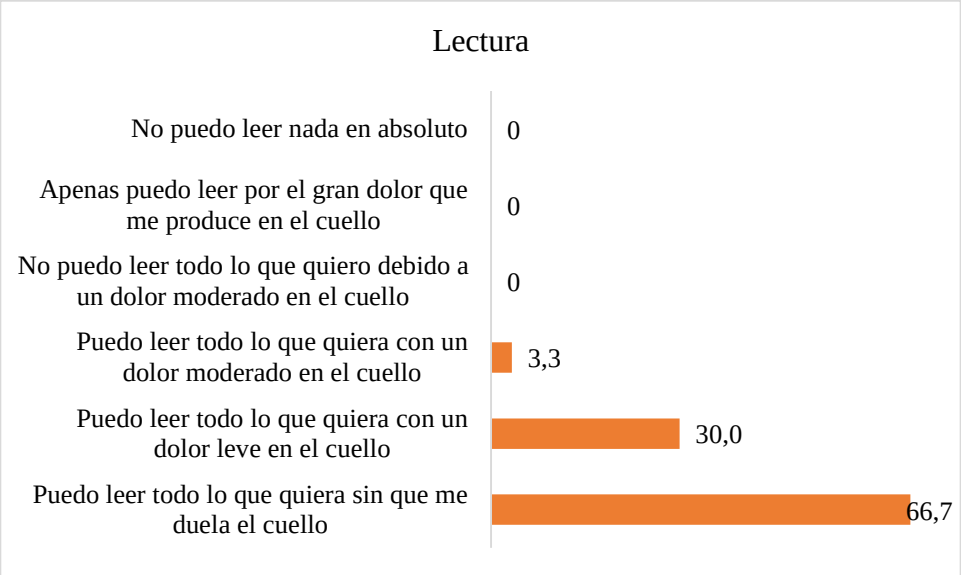

Figura 14. Lectura; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

En relación a las actividades de lectura, de los 30 participantes, el 3,3% indicaron que pueden leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello, el 30% pueden leer

todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello, y el 66,7% pueden leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello. Por lo que se puede indicar que las actividades de lectura no se encuentran muy afectadas por el dolor de cuello y en algunas personas solo le afecta ligeramente presentando un dolor leve.

3.3.5. Concentrarse en algo

Tabla 15. Concentrarse en algo

Concentrarse en algo	Fr	%
Me concentro totalmente en algo cuando quiero sin dificultad	14	46,7
Me concentro totalmente en algo cuando quiero con alguna dificultad	14	46,7
Tengo alguna dificultad para concentrarme cuando quiero	2	6,7
Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero	0	0,0
Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero	0	0,0
No puedo concentrarme nunca	0	0,0
Total	30	100

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

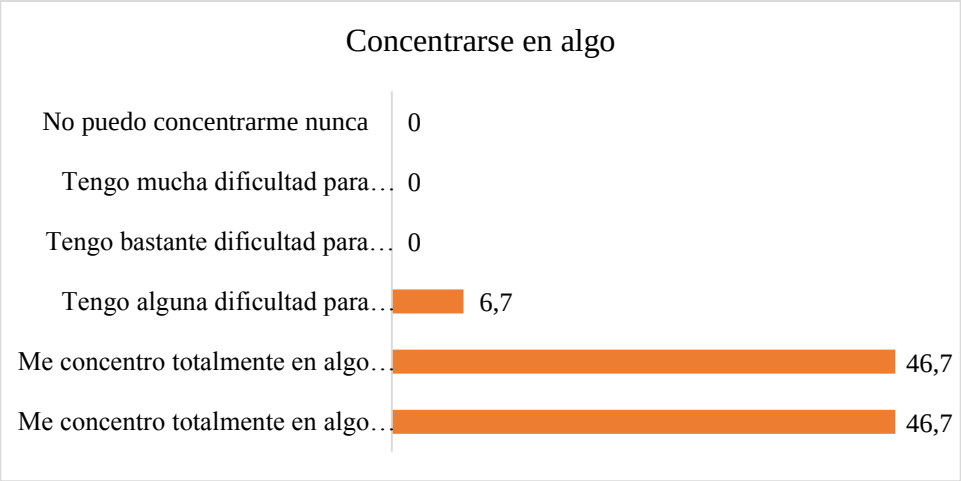

Figura 15. Concentrarse en algo; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

En relación a la concentración afectada por el dolor de cuello, de los 30 participantes 6,7% indicaron tener alguna dificultad para concentrarse cuando quiere, el 46,7%

indicaron que se concentran totalmente en algo que quieren con alguna dificultad; mientras que de igual manera con un 46,7% indican que se concentran totalmente en algo cuando quieren sin ninguna dificultad. Por lo que se puede indicar que en la mayoría de participantes, existe una afectación leve en la concentración de los participantes provocado por el dolor de cuello.

3.3.6. Trabajo

Tabla 16. Trabajo

Trabajo	Fr	%
Puedo trabajar todo lo que quiero	15	50,0
Puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más	12	40,0
Puedo hacer casi todo mi trabajo habitual, pero no más	3	10,0
No puedo hacer mi trabajo habitual	0	0,0
A duras penas puedo hacer algún tipo de trabajo	0	0,0
No puedo trabajar en nada	0	0,0
Total	30	100

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

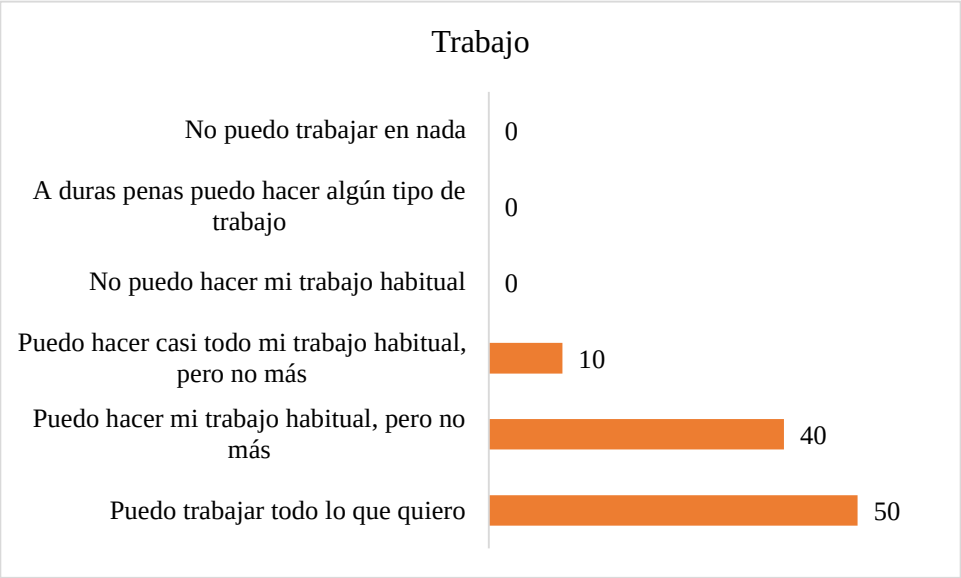

Figura 16. Trabajo Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

En relación a la afectación en el trabajo por el dolor de cuello, de los 30 participantes, el 10% indica que pueden hacer casi todo su trabajo habitual, pero no más; e 40% pueden hacer su trabajo habitual, pero no más; y el 50% puede trabajar todo lo que quiera. Los datos revelan que en la mitad de la población su trabajo no se ve afectad por el dolor de cuello, mientras que el otro 50% siente que puede hacer su trabajo pero nada más que lo habitual.

3.3.7. Sueño

Tabla 17. Sueño

Sueño	Fr	%
No tengo ningún problema para dormir	10	33,3
El dolor de cuello me hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche	16	53,3
El dolor de cuello me hace perder de 1 a 2 horas de sueño cada noche	3	10,0
El dolor de cuello me hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche	1	3,3
El dolor de cuello me hace perder de 3 a 5 horas de sueño cada noche	0	0,0
El dolor de cuello me hace perder de 5 a 7 horas de sueño cada noche	0	0,0
Total	30	100

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

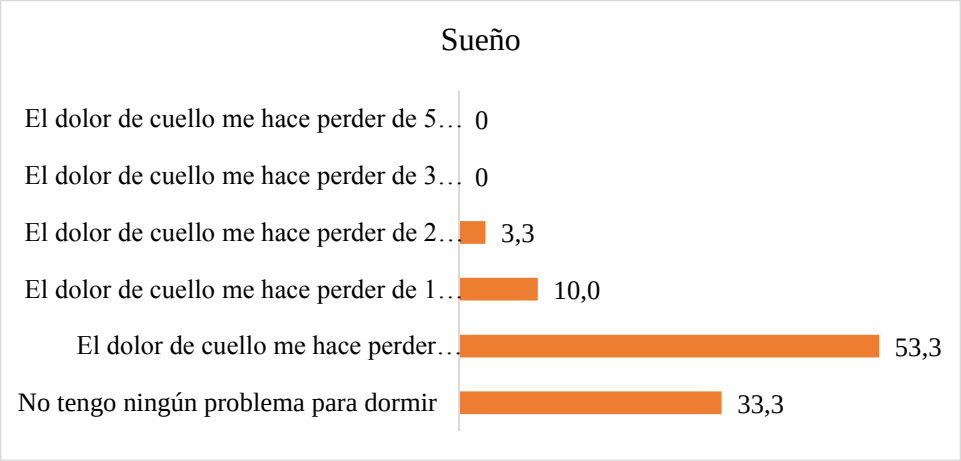

Figura 17. Sueño; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

En relación a la afectación del sueño por la presencia de dolor de cuello, de los 30participantes, el 3,3% indicaron que el dolor de cuello les hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche, el 10% reconocieron que el dolor de cuello les hacer perder de 1 a 2 horas de sueño cada noches, el 53,3% indicaron que pierden menos de 1 hora de sueño cada noche por el dolor de cuello, y el 33,3% no tenían ningún problema para dormir. Por lo que la mayoría de pacientes, refieren que pierden menos de 1 hora de sueño por el dolor de cuello

3.3.8. Actividades de ocio

Tabla 18. Actividades de ocio

Actividad de ocio	Fr	%
Puedo hacer todas mis actividades de ocio sin dolor de cuello	13	43,3
Puedo hacer todas mis actividades de ocio con algún dolor de cuello	16	53,3
No puedo hacer algunas de mis actividades de ocio por el dolor de cuello	1	3,3
Sólo puedo hacer unas pocas actividades de ocio por el dolor de cuello	0	0,0
Apenas puedo hacer las cosas que me gusta debido al dolor del cuello	0	0,0
No puedo realizar ninguna actividad de ocio	0	0,0
Total	30	100

Fuente: Base de satos de la investigación;
Elaboración: Vásconez, T. (2019)

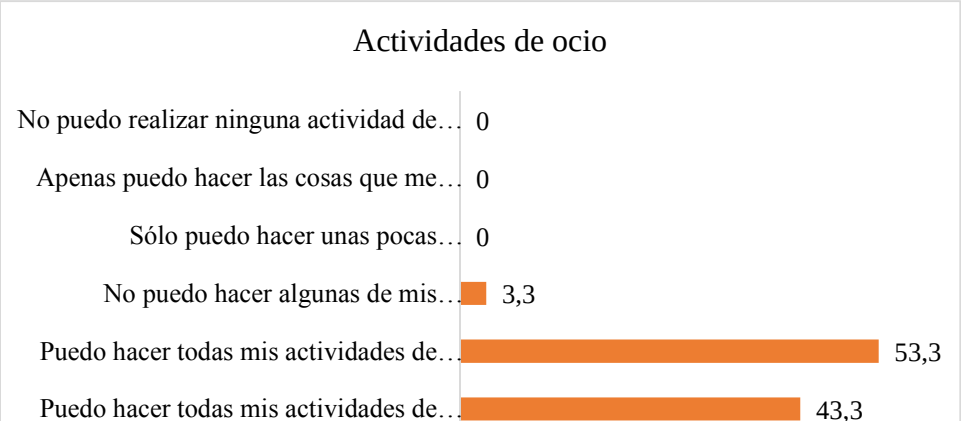

Figura 18. Actividades de ocio; Fuente: Base de satos de la investigación; Elaboración: Vásconez, T. (2019)

Análisis e Interpretación

En relación a las actividades de ocio afectadas por el dolor de cuello, de los 30 participantes, el 3,3% indicaron que no pueden hacer algunas de las actividades de ocio por la presencia de dolor de cuello, el 53,3% pueden hacer todas sus actividades de ocio con algún dolor de cuello, y el 43,3% reconocen que pueden hacer todas sus actividades de ocio sin dolor de cuello. Por lo que se puede indicar que la mayoría de pacientes presentan dolor de cuello al realizar sus actividades de ocio, pero que no impide que las realicen.

3.4.Verificación de la hipótesis

3.4.1. Modelo Lógico

- **Hipótesis nula (Ho):** La presencia de los terceros molares, no se relaciona con las cefaleas y cervicalgias
- **Hipótesis alternativa (Hi):** La presencia de los terceros molares, se relaciona con las cefaleas y cervicalgias

3.4.2. Modelo Estadístico:

- **Elección de la prueba:** Para la verificación de la hipótesis se usó a prueba estadística de correlación Rho de Spearman, ya que se buscó la relación entre las variables presencia de terceros molares y el desarrollo de cefaleas y cervicalgias; la naturaleza de las variables es cualitativa de tipo nominal y la información se levantó una sola vez mediante observación, a dos grupos de pacientes: 30 pacientes que presentaban sus terceros molares expuestos o retenidos y 30 pacientes a quienes les fueron extraídos todos sus terceros molares

- **Nivel de significancia:** Se usó una significancia del 95% (0,95), y por defecto el nivel de riesgo o error fue del 5% (0,05).

- **Regla de decisión**: Si la probabilidad del p valor obtenido en la prueba es menor al alfa (0,05), se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa; mientras que si la probabilidad obtenida en p valor es mayor al alfa, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula; posteriormente para la determinación de la fuerza de correlación entre las variables de estudio, se tomó en cuenta los niveles sugeridos por Hernández.

Tabla 19. Coeficientes del Rho de Spearman

Coeficiente	Interpretación
r = 1	Correlación perfecta
0,80 < r < 1	Muy alta
0,60 < r < 0,80	Alta
0,40 < r < 0,60	Moderada
0,20 < r < 0,40	Baja
0 < r < 0,20	Muy baja
r = 0	Nula

Fuente: Hernández, Fernández, Baptista. (2014);
Elaborado por: Vásconez T. (2019)

3.4.3. Prueba Estadística:

- **Relación entre el estado de los terceros molares y la presencia de cefaleas**

Tabla 20. Relación entre el estado de los terceros molares y la presencia de cefaleas

			Estado de los terceros molares	Presencia de cefaleas
Rho de Spearman	Estado de los terceros molares	Coeficiente de correlación	1,000	,078
		Sig. (bilateral)	.	,551
		N	60	60
	Presencia de cefaleas	Coeficiente de correlación	,078	1,000
		Sig. (bilateral)	,551	.
		N	60	60

Fuente: Base de datos de la investigación;

Elaborado por: Vásconez T. (2019)

La correlación entre las variables estado de los terceros molares con la presencia de cefalea, revela un p valor de 0,551; siendo este mayor al alfa (0,05), se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alternativa, siendo innecesario estimar la fuerza de relación entre las variables.

Considerando que no existe una relación significativa entre las variables, se concluye que la presencia de cefaleas no está relacionado con el estado de los terceros molares.

- **Relación entre el estado de los terceros molares y la presencia de cervicalgias**

Tabla 21. Relación entre el estado de los terceros molares y la presencia de cervicalgias

			Estado de los terceros molares	Presencia de dolor de cuello
Rho de Spearman	Estado de los terceros molares	Coeficiente de correlación	1,000	,335**
		Sig. (bilateral)	.	,009
		N	60	60
	Presencia de cervicalgias	Coeficiente de correlación	,335**	1,000
		Sig. (bilateral)	,009	.
		N	60	60

Fuente: Base de datos de la investigación;
Elaborado por: Vásconez T. (2019)

La correlación entre las variables estado de los terceros molares con la presencia de cervicalgia, revela un p valor de 0,009; siendo este mayor al alfa (0,05), se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula, estimando una fuerza de relación entre las variables de 0,335 que equivale a una correlación baja.

Considerando que existe una relación significativa entre las variables, se puede concluir que la presencia de cervicalgias si está relacionado con el estado de

los terceros molares, presumiendo que cuando existen terceros molares brotados o retenidos los pacientes presentan con cervicalgias.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Conclusiones

- Existió una mayor frecuencia de pacientes mujeres, que asisten a los servicios de odontología, tanto en el grupo que conservaba los terceros molares con el grupo que ya fueron extraídos; entre los pacientes que aún conservaban uno o más terceros molares, se detectó que más pacientes presentaban terceros molares brotados que retenidos. La edad de los pacientes que presentaban terceros molares retenidos o brotados, oscilaba entre los 18 a 55 años, el grupo más frecuente tanto en hombres como mujeres fue entre los 18 a 25 años, una población adulta joven.

- Los pacientes con presencia de uno o más terceros molares presentaron dolor asociado a las cefaleas en zonas como la mandíbula y pómulos en los hombres; mientras que en mujeres fueron en la mandíbula y la zona media y lateral de la cabeza; la actividad detonante del dolor de cabeza fueron el masticar y bostezar; la población percibe al dolor de cabeza como una presión y latido; este a la vez es de tipo intermitente y mixto algunas veces, con una intensidad entre moderada y leve en hombres, mientras que las mujeres se presenta entre moderado y severo. Además los pacientes indican que su dolor dura entre 30 minutos y 3 horas; y este aparece en forma de crisis esporádicas y recurrentes en hombres y mujeres como brotes entre 6 a 9 semanas; la mayoría de pacientes reconoce no presentar ninguno síntomas asociados a la cefalea, pero una buena parte de ellos refiere presentar espasmo facial y sensibilidad a la luz y al ruido. La mayoría de pacientes presentan dolor de cabeza que se asocia a dolor de mandíbula y pómulos, que suele aparecer cuando mastican o bostezan, que suele ser como una presión y latido; de tipo intermitente y con una intensidad moderada; este dolor dura entre 30 minutos y 3 horas; y aparece en forma de crisis esporádicas y recurrentes; además que los síntomas asociados a la cefalea fueron espasmo facial y sensibilidad al ruido y a la luz. La sintomatología que

presentan los pacientes puede alterar sus actividades, impidiendo un buen desenvolvimiento en las tareas cotidianas.

- El 40% de los pacientes con presencia de uno o más terceros molares, indicaron presentar dolor de cuello con un intensidad moderada y el 33 % no tenían dolor en ese momento, mientras que el 26% solo un dolor leve; e relación a los cuidados personales, el 53% reconoce que puede cuidarse solo pero las actividades le provocan dolor y el 36% pueden cuidarse con normalidad sin que aumente el dolor de cuello; al levantar pesos, el 53% indica que puede levantar objetos pesados pero ello aumenta el dolor de cuello y el 40% pueden levantar objetos sin aumentar el dolor; los pacientes al leer, 66% reconoce indicaron que pueden leer todo lo que quieran sin que le duela el cuello y el 30% pueden leer todo lo que quieran con dolor en el cuello; en la concentración, el 46% de los pacientes exteriorizan que se concentran totalmente en algo cuando quieren, presentando alguna dificultad y el otro 46% no tiene ninguna dificultad para concentrarse; en el trabajo, 50% trabajan todo lo que quieren, mientras que un 40% pueden realizar su trabajo habitual, pero ninguna actividad más; en el sueño, 53% indica que el dolor de cuello les hace perder 1 hora de sueño cada noche, mientras que el 33% no tiene ningún problema para dormir; en las actividades de ocio, 53% pueden hacer sus actividades de ocio con algo de dolor de cuello, y el 43% realizan sus actividades de ocio sin ningún dolor. Los pacientes en su mayoría no presentan limitaciones en sus actividades por causa del dolor de cuello, pero si existen un porcentaje de pacientes que pueden realizar sus actividades con un poco de dolor que les causa molestia.

- A través de la prueba Rho de Spearman para relacionar el estado de los de terceros molares con la presencia de cefaleas y cervicalgias, se encontró una relación significativa entre el estado de los terceros molares y la presencia de cervicalgia; mientras que con las cefaleas no existió relación significativa; por lo que se puede decir que los pacientes que presentan terceros molares retenido o brotados desarrollan más cervicalgias, mientras que la presencia de cefaleas no está relacionada con el estado de los terceros molares en esta población.

3.2.Recomendaciones

- La valoración del paciente con cefalea y cervicalgia, está limitado a las características del dolor, y antecedentes patológicos del paciente, a pesar de su alta incidencia y prevalencia; por lo que es recomendable la valoración multidisciplinaria donde se tenga información completa del paciente que oriente a una detección del origen del dolor de cabeza y cuello.

- Es recomendable desarrollar protocolos de diagnóstico en cefaleas y cervicalgias, ya que su recurrencia puede estar asociada a problemas odontológicos, que muchas veces se ignora en el paciente; una elaborada historia clínica contribuiría a un diagnóstico adecuado y por ende el planteamiento de un tratamiento eficaz.

- La preparación del profesional de fisioterapia es indispensable, para detectar problemas recurrentes en pacientes con cervicalgia y cefaleas crónicas.

REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Hant, G., Devo, R. y Cherkin, D. Physician office visits for back pain. Frecuency, clinical evaluation and treatment pattern from U.S. national survey. Spine; 20 (1): 11-9, 2009. (21)

- Malchaire, J., Cock, N. y Vergrachat, S. Review of the factors associated with musculosqueletal problem in epidemiological studies. International archives of ocupational and environment health; 74:79-90, 2009. (22)

- Oliver, M. y Alemany, X. Cervicalgia aguda. Una de las consultas más frecuentes en urgencias. Educación médica continuada en atención prmaria; 1332:54-5, 2000. (20)

- Rotter, B.E. Temporomandibular joint disorders. In: Flint PW, Haughey BH, Lund V, et al, eds. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 6th ed. Philadelphia. PA: Elsevier Saunders; Chap 91, 2015. (10)

- Yuan QL, Wang P, Liu L, Sun F, Cai YS, Wu WT, et al. Acupuncture for musculoskeletal pain: A meta-analysis and meta-regression ofsham-controlled randomized clinical trials. Sci Rep.;6:30675. doi: 10.1038/srep30675, 2016. (5)

LINKOGRAFÍA

- Amador Velazquez, Alexis Andrés, Hung Quevedo, Orlando Alberto y menéndez Díaz, Dayanira. Tercer molar superior retenido en seno maxilar. Presnetación de un caso. [En línea] Correo Científico Médico; Universidad de Ciencias Médicas de Holguín; Vol 19, N° 1; ISSN 1560-4381, 2015. http://revistas.upt.edu.pe/ojs/index.php/etvita/article/view/47/41. (18)

- Figueroa Pérez, Vivian aridad, y otros. Tratameinto acupuntral y medicamnetoso en el alivio de la cervicalgia. [En línea] Revista Cibana de

medicina Militar, Vol 44; N°1, La Habana, 2015. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572015000100006&script=sci_arttext&tlng=en. (1)

- García, Virginia Pentón, Aguila, Zhenia Véliz y Herrera, Ledys. Diente retenido - invertido. Presentación de un caso. [En línea] MediSur, Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, 2009. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727897X2009000600010&script=sci_arttext. (23)

- Gómez García, Jorge Pedro y Garcés Machado, Naryara. Relación entre la Odontología neurofocal y los dolores cervicales y de hombro. [En línea] Revista del Hospital Clínico Quirúrgico "Arnado Milián Castro" - Acta Mëdica del Centro, Vol 11, N° 3, 2017. http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/848/1049. (17)

- Green, S. Buchbinder, R. y Hetrick, S. Acupuntura para el dolor de hombro. [En línea] Cochrane Base de Datos de Revisiones Sistemáticas, 2013. https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005319/full/es. (14)

- Huapaya Pardavé, María del Carmen y Lozano Castro, Felipe Enrique. Association between tension-type headache and temporomandibular dysfuntion according to the DC/TMD INDEX. [En línea] Revista Estomatológica Herediana; Vol 26, N°4, 2016. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552016000400005&script=sci_arttext&tlng=en. (9)

- Koval, Pablo R. Cefalea y/o dolor cervical recurrentes crónicos en relación con la presencia de uno o más terceros molares. . [En línea] Congreso Internacional de la Sociedad Argentina de Medicina, Buenos Aires, Argentina, 2011. http://www.dolor-pain.com/cefaleas-cervicalgia.html. (19)

- Naeije, M. y Hansson, TL. Electromyographic screening of myogenous and arthrogenous.TMJ dysfunction patients. . [En línea] Journal of Oral Rehabilitation 26 (1): 33-47; DOI: 10.1046 / j.1365-2842.1999.00356.x ·, 1999. https://www.researchgate.net/publication/13211288_Electromyographic_examination_of_jaw_muscles_in_relation_to_symptoms_and_occlusion_of_patients?. (16)

- Pérez Castro, Damaris, y otros. Actualización sobre cerviclagias mecánicas agudas. [En línea] Policlínico "Boyeros", La Habana, 2011.

https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2011/cfr112f.pdf. (7)

- Quintero González, Ana Graciela, Rivera, Nancy y Rodríguez Cluet, Irene Isabel. Terapéutica Ortopédica Funcional de los Maxilares en paciente con dolor en la Articulación Temporomandibular. Reporte de caso. [En línea] Ciencia OdontológicaVol. 13 Nº 2, Pág. 128-138, 2016. https://www.redalyc.org/html/2052/205250421006/. (6)

- Ruiseco Palomares, Amitis, y otros. El dolor articular y su relación con las interferencias oclusales. [En línea] Revista Habanera de Ciencias Médicas; 13(3): 417-424; ISSN 1729-519X, 2014. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000300007&lng=es. (15)

- Velázquez Jurado, Heéctor Rafael, Zermeño Pohls, José Fernando y Sánchez Sosa, Juan José. Detección y valoración integral de la cefalea tensional. [En línea] Revista Intercontinental de Psicología y Educación; España, 2013. https://www.redalyc.org/html/802/80225697005/. (2)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

- ELSEVIER: Garza, I., y otros. Headache and other craniofacial pain. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; Chap 103, 2017. (12)

- ELSEVIER: Gimenez Serrano, Salvador. Cervicalgias. [En línea] Revista Farmacia Profesional, Vol 18; N° 2: pp 7-69, 2004. https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cervicalgias-13057676. (4)

- ELSEVIER: Okenson, J.P. Temporomandibular disorders. In Kellerman RD, Bope ET, eds. Conn's Current Therapy. Philadelphia, PA. Elseviere Saunders; 416-477, 2018. (11)

- PUBMED:Yuan, Q.L. y otros. http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD005319. [En línea] Sci Rep.; 6: 30675. Doi: 10.1038 / srep30675., 2016. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27471137. (13)

- SCIENCEDIRECT:Loreto Díaz, María. Cervicalgi miofascial - Cervical myofascial pain. [En línea] Revista Médica Clínica Las Condes, Volumen 25, Issue 2, Pages 200-208, 2014. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700318. (8

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL REGISTRO DE INFORMACIÓN

TEMA: "RELACIÓN DE LA PRESENCIA DE LOS TERCEROS MOLARES Y EL DESARROLLO DE CEFALÉAS Y CERVICALGIAS RECURRENTES"

OBJETIVO: Relacionar la presencia de los terceros molares y el desarrollo de cefaleas y cervicalgias recurrentes.

CONSENTIMIENTO: *Confirmo que se me ha dado información oral y escrita de forma muy explícita, con respecto a proceso de registro de mi información. He tenido el tiempo para considerar mi participación en la investigación; además pude realizar las preguntas que se me han presentado, siendo resueltos satisfactoriamente.*

Acepto que mi historial médico-odontológico puedan ser revisados por la investigadora, accedo a la aplicación de la ficha de registro de información donde se me aplicará un cuestionario sobre características clínicas del dolor en cefalea y cervicalgia, cuestionario breve del dolor (bip) y cuestionario del índice de discapacidad cervical; entendiendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin ninguna consecuencia o pérdida de beneficios para mí.

Doy mi consentimiento para el registro y autorizo el uso y divulgación de la mi información de salud para los propósitos de la investigación.

Paciente:

Nombre y apellidos:……

Cédula:…… Firma:……

Investigadora:

Nombre y apellidos:……

Cédula:…… Firma:……

Fecha: ……

Anexo 2. Ficha de registro de información

UNIVERSIDAD TÉNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

Tema: Relación de la presencia de los terceros molares y el desarrollo de cefaleas y cervicalgias recurrentes.
Objetivo General: Relacionar la presencia de los terceros molares y el desarrollo de cefaleas y cervicalgias recurrentes.

FICHA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. EDAD:

De 18 a 25 años ( ) De 26 a 35 años ( ) Mayor a 36 años ( )

1.2. SEXO:

Hombre ( ) Mujer ( )

II. CARACTERISTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR POR CEFALEA Y CERVICALGIA

2.1. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE LA CEFALEA

1. ¿Usted conoce si en si familia existe antecedentes de dolor de cabeza?

   Si ( ) No ( ) Desconozco ( )

2. ¿En qué lugar o lugares presenta el dolor?

   Pómulo ( ) Frente ( )
   Mandíbula ( ) Zona ocular ( )
   Zona lateral de la cabeza ( ) Media cabeza ( )
   Toda la cabeza ( ) Ninguna ( )

3. ¿En qué actividad presenta dolor?

   Despertar ( ) Masticar ( )
   Bostezar ( ) Ninguna ( )

4. ¿Cómo percibe el dolor que siente?

   Latido ( ) Taladro/torno ( ) Calambres ( ) Presión ( ) Ninguna ( )

5. ¿De qué forma se presenta su dolor?

   Continuo ( ) Intermitente ( ) Mixto ( )

6. ¿Cuál es la intensidad del dolor que usted percibe?

   Leve (no afecta a su vida diaria) ( )
   Moderado (afecta parcialmente la vida diaria) ( )
   Severa (interrumpe su sueño) ( )
   Muy severa (incapacitante) ( )

7. ¿Cuál es el tiempo de duración de su dolor?

Segundos a minutos ( )

Entre 30 min a 3 horas ( )

Entre 4 horas a 3 días ( )

Más de 3 días ( )

8. ¿Cuál es la frecuencia con la que presenta su dolor?

Brotes esporádicos entre 6 a 9 semanas de duración ( )

Crisis episódicas y recurrentes ( )

Más de 15 días al mes ( )

A diario o casi a diario ( )

9. ¿Siente otros síntomas que relacione con el dolor?

Espasmo facial ( )

Sensibilidad al ruido/luz ( )

Sensibilidad a la luz ( )

Amortiguamiento facial ( )

Edema en la zona ocular ( )

Nauseas/vómito ( )

Ninguna ( )

2.2. CUESTIONARIO ÍNDICE DE DISCAPACIDAD CERVICAL

Por favor, lea atentamente las instrucciones:

Por favor, rellene todas las preguntas posibles y marque en cada una SÓLO LA RESPUESTA QUE MÁS SE APROXIMA A SU CASO.

Pregunta I: Intensidad del dolor de cuello

- ☐ No tengo dolor en este momento
- ☐ El dolor es muy leve en este momento
- ☐ El dolor es moderado en este momento
- ☐ El dolor es fuerte en este momento
- ☐ El dolor es muy fuerte en este momento
- ☐ En este momento el dolor es el peor que uno se puede imaginar

Pregunta II: Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

- ☐ Pedo cuidarme con normalidad sin que me aumente el dolor
- ☐ Puedo cuidarme con normalidad, pero este me aumenta el dolor
- ☐ Cuidarme me duele de forma que tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- ☐ Aunque necesito alguna ayuda, me las arreglo para casi todos mis cuidados
- ☐ No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama

Pregunta III: Levantar pesos

- ☐ Puedo levantar objetos sin aumento del dolor
- ☐ Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
- ☐ El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero lo puedo hacer si están colocados en un sitio fácil como, por ejemplo, en un mesa
- ☐ El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil
- ☐ Solo puedo levantar objetos muy ligeros
- ☐ No puedo levantar ni llevar ningún tipo de peso

Pregunta IV: Lectura

- ☐ Puedo leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello
- ☐ Puedo leer todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello
- ☐ Puedo leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello
- ☐ No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello
- ☐ Apenas puedo leer por el gran dolor que me produce en el cuello
- ☐ No puedo leer nada en absoluto

Pregunta V: Dolor de cabeza

- ☐ No tengo ningún dolor de cabeza
- ☐ A veces tengo un pequeño dolor de cabeza
- ☐ A veces tengo un dolor moderado de cabeza
- ☐ Con frecuencia tengo un dolor moderado de cabeza
- ☐ Con frecuencia tengo un dolor fuerte de cabeza
- ☐ Tengo dolor de cabeza casi continuo

Pregunta VI: Concentrarse en algo

- ☐ Me concentro totalmente en algo cuando quiero sin dificultad
- ☐ Me concentro totalmente en algo cuando quiero con alguna dificultad
- ☐ Tengo alguna dificultad para concentrarme cuando quiero
- ☐ Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero
- ☐ Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero
- ☐ No puedo concentrarme nunca

Pregunta VII: Trabajo

- ☐ Puedo trabajar todo lo que quiero
- ☐ Puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más
- ☐ Pedo hacer casi todo mi trabajo habitual, pero no más
- ☐ No puedo hacer mi trabajo habitual
- ☐ A duras penas puedo hacer algún tipo de trabajo
- ☐ No puedo trabajar en nada

Pregunta VIII: Conducción de vehículos

- ☐ Puedo conducir sin dolor de cuello
- ☐ Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un ligero dolor de cuello
- ☐ Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un moderado dolor de cuello
- ☐ No puedo conducir todo lo que quiero debido al dolor de cuello
- ☐ Apenas puedo conducir debido al intenso dolor de cuello
- ☐ No puedo conducir nada por el dolor de cuello

Pregunta IX: Sueño

- ☐ No tengo ningún problema para dormir
- ☐ El dolor de cuello me hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche
- ☐ El dolor de cuello me hace perder de 1 a 2 horas de sueño cada noche
- ☐ El dolor de cuello me hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche
- ☐ El dolor de cuello me hace perder de 3 a 5 horas de sueño cada noche
- ☐ El dolor de cuello me hace perder de 5 a 7 horas de sueño cada noche

Pregunta X. Actividades de ocio

- ☐ Puedo hacer todas mis actividades de ocio sin dolor de cuello
- ☐ Puedo hacer todas mis actividades de ocio con algún dolor de cuello
- ☐ No puedo hacer algunas de mis actividades de ocio por el dolor de cuello
- ☐ Sólo puedo hacer unas pocas actividades de ocio por el dolor de cuello
- ☐ Apenas puedo hacer las cosas que me gusta debido al dolor del cuello
- ☐ No puedo realizar ninguna actividad de ocio

☐

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN