



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

**“EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL MUSCULO MASETERO
ASOCIADO AL USO PROLONGADO DEL AISLAMIENTO
ABSOLUTO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CLINICAS
ODONTOLÓGICAS PARTICULARES DE LIMA – 2022”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR

Bach. MÜLLER VALENZUELA, JÜRGEN HEINZ

<https://orcid.org/0000-0002-6571-0375>

ASESORA

Dra. RUIZ PANDURO, CLAUDIA CECILIA

<https://orcid.org/0000-0002-6469-0501>

**LIMA - PERU
2022**

A mis padres por su amor incondicional, por ser mi ejemplo y guía, por enseñarme lo importante de la vida.

A mis hermanos por su apoyo desinteresado y su fuerza de motivación para seguir adelante y lograr nuestros objetivos juntos

A mi asesora Dra. Ruiz Panduro Claudia Cecilia por guiarme en la elaboración del presente estudio, a mis padres por su apoyo incondicional A Dios, por darme salud y fuerza para cumplir la misión.

ÍNDICE

	Pág.
Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la realidad problemática	11
1.2. Formulación del problema	13
1.2.1 Problema principal	13
1.2.2 Problemas específicos	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.3.1 Objetivo principal	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4. Justificación de la investigación	14
1.4.1. Importancia de la investigación	14
1.4.2. Viabilidad de la investigación	15
1.5. Limitaciones de estudio	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	16
2.1.1 Internacionales	16
2.1.2 Nacionales	17
2.2. Bases teóricas	18
2.3. Definición de términos básicos	27

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	29
3.1.1. Hipótesis principal	29
3.2. Variables, definición conceptual y operacional	29
3.2.1 Operacionalización de las variables	30

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico	31
4.2. Diseño muestral	31
4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	32
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	33
4.5. Aspectos éticos	34

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo	35
5.2 Análisis Inferencial	39
5.3 Comprobación de hipótesis	41
5.4 Discusión	42

CONCLUSIONES 44

RECOMENDACIONES 45

FUENTES DE INFORMACIÓN 46

ANEXOS

Anexo 1: Carta de presentación

Anexo 2: Constancia de desarrollo

Anexo 3: Consentimiento informado

Anexo 4: Instrumento de recolección de datos

Anexo 5: Fotografías

Anexo 6: Base de datos

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1: Pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según sexo	35
Tabla N° 2: Pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según edad	36
Tabla N° 3: Dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022	37
Tabla N° 4: Uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022	38
Tabla N° 5: Relación entre el uso prolongado del aislamiento absoluto y el dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según sexo	39
Tabla N° 6: Relación entre el uso prolongado del aislamiento absoluto y el dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según edad	40
Tabla N° 7: Comprobación de evaluación del dolor en el músculo masetero asociado al uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según sexo	35
Gráfico N° 2: Pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según edad	36
Gráfico N° 3: Dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022	37
Gráfico N° 4: Uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022	38

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la evaluación del dolor en el músculo masetero asociado al uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022. Diseñándose un estudio no experimental, descriptivo, transversal, prospectivo y correlacional cuya muestra fue 384 pacientes. En los resultados el dolor en el músculo masetero exhibió un elevado porcentaje de 63,8% con dolor medio. Mientras que el uso prolongado del aislamiento absoluto exhibió un elevado porcentaje de 70,1% con un tiempo mayor a 30 minutos. En referencia al sexo presentó un elevado porcentaje de 34,4% con dolor medio en el músculo masetero en pacientes del sexo femenino. A su vez, presentó un elevado porcentaje de 36,5% de tiempo mayor a 30 minutos en el uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes del sexo masculino. En la edad presentó un elevado porcentaje de 24,0% con dolor medio en el músculo masetero en pacientes de las edades de 32 – 38 años. A su vez presentó un elevado porcentaje de 28,6% en el tiempo mayor a 30 minutos en el uso prolongado del aislamiento absoluto entre las edades de 32 – 38 años. Al aplicar el chi cuadrado, a la evaluación del dolor en el músculo masetero y uso prolongado del aislamiento absoluto encontramos ($p < 0,05$). Concluyendo que el dolor en el músculo masetero esta asociado significativamente al uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

Palabras clave: Dolor, músculo masetero, aislamiento absoluto.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the evaluation of pain in the masseter muscle associated with the prolonged use of absolute isolation in patients treated in private dental clinics in Lima - 2022. Designing a non-experimental, descriptive, cross-sectional, prospective, and correlational study whose sample was 384 patients. In the results, pain in the masseter muscle exhibited a high percentage of 63.8% with average pain. While the prolonged use of absolute isolation exhibited a high percentage of 70.1% with a time greater than 30 minutes. In reference to gender, it presented a high percentage of 34.4% with average pain in the masseter muscle in female patients. In turn, it presented a high percentage of 36.5% of time greater than 30 minutes in the prolonged use of absolute isolation in male patients. In age, it presented a high percentage of 24.0% with average pain in the masseter muscle in patients aged 32-38 years. At the same time, it presented a high percentage of 28.6% in the time greater than 30 minutes in the prolonged use of absolute isolation between the ages of 32 - 38 years. When applying the chi square, to the evaluation of pain in the masseter muscle and prolonged use of absolute isolation we found ($p < 0.05$). Concluding that pain in the masseter muscle is significantly associated with the prolonged use of absolute isolation in patients treated in private dental clinics in Lima - 2022.

Keywords: Pain, masseter muscle, absolute isolation.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el uso del aislamiento absoluto en la atención dental es un método que mejora los resultados en varias áreas de la odontología. Por ello, el uso de esta técnica se considera una práctica muy importante en el campo de las restauraciones, ya que brinda a los profesionales una mejor visibilidad y evita la contaminación del área de trabajo. En odontología, realizar un adecuado aislamiento favorece la obtención de mejores resultados en la preparación y adhesión de la restauración, por lo cual el uso del aislamiento absoluto reduce la contaminación bacteriana, previene la infección cruzada, reduce el riesgo de que los pacientes ingieran o inhalen sustancias irritantes, pequeños instrumentos y laceraciones con instrumentos afilados, sin embargo cuando este aditamento no cumple su función genera una problemática latente en la profesión.

No obstante, el uso del aislamiento absoluto es posible para hacer un trabajo más fácil y seguro, obteniendo una mejor visibilidad del campo operatorio y también podemos controlar mejor la humedad bucal, logrando mantener un trabajo muy limpio, área y seca. A su vez genera un dolor orofacial y el dolor en los músculos de la masticación son síntomas frecuentes del trastorno temporomandibular. El masetero es el músculo masticatorio más cercano a la superficie y tiene la función de elevar y retraer la mandíbula. Este músculo tiene una fuerza considerable y es uno de los principales músculos involucrados en la trituración de alimentos. Es por tanto de suma importancia en el ciclo masticatorio y generalmente el más afectado por dolores y espasmos.

Por lo cual, el tiempo que dura el aislamiento del campo operatorio durante las intervenciones dentales es imperativo para evitar estos padecimientos. Teniendo esto en cuenta, se puede admitir que el uso del dique de goma debería ser obligatorio no solo entre los especialistas, sino también entre los odontólogos generales evaluando el tiempo entre tratamiento para mejorar en los procedimientos invasivos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad del problema

En la actualidad la odontología es considerada una profesión que suele provocar dolores musculares a nivel bucal en los pacientes debido al tratamiento dental. Estos dolores por lo general son pacíficos y leves, y estos hallazgos rara vez se desconocen hasta que derivan a variantes crónicos y incitan una afección definitiva. No obstante, los hábitos de trabajo repetitivos, a largo plazo y deficientes en asociación con la necesidad de tener una buena visibilidad y extender las horas de tratamiento son las causas de estos problemas en los pacientes durante la profesión odontológica.

Actualmente uno de los dolores más comunes en la población general es el trastorno temporomandibular, sin embargo, uno de los dolores musculares que están asociados generalmente a los tratamientos dentales son aquellos que usan dique de goma sobre todo de manera prolongada. Es por lo que la ubicación específica de las áreas dolorosas es esencial para la planificación del tratamiento. Además, es importante si el dolor se localiza únicamente en el área articular o muscular o si los pacientes con frecuencia también exhiben dolor en otras áreas.

En la actualidad el dique de goma se considera un dispositivo ideal para el aislamiento de dientes en odontología restauradora y endodoncia. También ofrece al profesional una amplia variedad de ventajas tales como aislamiento del área operatoria, provisión de campo aséptico, prevención de transferencia de infecciones, ingestiones de instrumentos, componentes o irrigantes, así como protección y retracción de tejidos blandos durante procedimientos operativos. A pesar de todas las recomendaciones y su amplia gama de funciones, los odontólogos generales a menudo han pasado por alto el uso prolongado del dique de goma generando una problemática latente. Se han publicado muchos estudios sobre la frecuencia del uso de diques de goma en varios países.

No obstante, la necesidad de un aislamiento adecuado de los dientes durante los procedimientos de restauración es necesaria, sobre todo para proteger al paciente, sin embargo, cualquier cosa que oscurezca el campo operatorio impacta negativamente en la eficiencia y efectividad del operador exponiéndolo a más tiempo en el tratamiento generando una problemática en la visibilidad. También la seguridad del paciente / operador, el control de infecciones y las propiedades físicas de los materiales dentales se ven comprometidas cuando falta el aislamiento adecuado generando una problemática latente en la profesión.

El dique de goma se reconoce universalmente como un complemento obligatorio, especialmente durante los tratamientos invasivos. Es por ello, que proporcionar comodidad al paciente es una ventaja adicional y los estudios revelaron que la mayoría de los pacientes tienen una opinión positiva sobre la experiencia del dique de goma. El tratamiento de endodoncia y la odontología operatoria son dos áreas principales en las que se debe utilizar comúnmente el dique de goma.

Por lo cual estos hallazgos sobre todo ubicados en el músculo masetero que es uno de los músculos importantes al masticar pudiendo perjudicar a todas las edades, pero esencialmente a la comunidad de adultos jóvenes. La problemática desde el punto de vista clínico es recurrente en la sociedad general, y aunque no existe consenso entre los autores, su prevalencia esta aumentando al pasar los años debido a que es un hallazgo silencioso que se incrementa en los pacientes sin tener conocimiento de ello, provocando una problemática existente.

En nuestro país en el ámbito odontológico fomenta el uso responsable del aislamiento absoluto para minimizar cargas virales en boca y así impedir la difusión de diversos virus entre el atendido y el operador siendo transcendental en los cirujanos dentistas por lo cual la experiencia clínica es fundamental, sin embargo no contempla los dolores en el músculo masetero, del cual es importante investigar. Frente a lo explicado nuestro estudio evaluó el dolor en el músculo masetero asociado al uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

1.1 Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la evaluación del dolor en el músculo masetero asociado al uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la evaluación del dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022?

¿Cuál es el uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022?

¿Cuál es el uso prolongado del aislamiento absoluto y el dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según sexo?

¿Cuál es el uso prolongado del aislamiento absoluto y el dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según edad?

1.3. Objetivo de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la evaluación del dolor en el músculo masetero asociado al uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar el dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

Determinar el uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

Determinar el uso prolongado del aislamiento absoluto y el dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según sexo.

Determinar el uso prolongado del aislamiento absoluto y el dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según edad.

1.4. Justificación de la Investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

Teórica, porque generó conocimiento específico que ayudó a manejar adecuadamente a los pacientes que se les aplicó el aislamiento absoluto para impedir dolores musculares.

Práctica, porque permitió resolver y/o dar solución a una realidad problemática latente cuando se usó prologandamente el aislamiento absoluto en los tratamientos dentales de diversas índole.

Metodológica, debido a precaria documentación clínicas efectuadas originalmente sobre el tema en nuestra nación, sobre todo en el diistrito de Lima, por lo cual generó un conocimiento seguro que aportó a fortalecer investigaciones a futuro.

Social, porque beneficiaron a los pacientes que fueron sometidos a tratamientos que utilizaron aislamiento absoluto, donde se generó parámetros para tener noción adecuada de su uso.

Importancia teórica, porque generó conocimiento verídico, importante y trascendental sobre como usar adecuadamente el aislamiento absoluto en todo tipo de pacientes durante los abordajes dentales.

Importancia clínica, porque nos brindó una visión diferencial sobre cuánto tiempo se de usar el aislamiento absoluto para que no cause padecimientos posteriores al tratamiento dental.

Importancia social, porque los resultados obtenidos fue beneficioso para los profesionales dentales porque tuvieron noción para fortalecer el uso del aislamiento absoluto.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Esta investigación presentó factibilidad por el tiempo disponible de ejecución y los recursos humanos esenciales para desarrollarla.

Presentó viabilidad financiera, porque lo que se generó el investigador se comprometera a financiarlo.

1.5. Limitación de estudio

En esta investigación se ha apreciado como probable restricción el tiempo que duró la recolección de datos de modo presencial referido a la actual problemática global que afrontamos por los tiempos pandémicos.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.2. Antecedentes internacionales

Keys W, Susan J. (2017) Escocia; efectuó un estudio cuyo objetivo fue evaluar los efectos del aislamiento del dique de goma para los tratamientos de restauración en pacientes dentales. La metodología fue transversal. En los resultados se incluyeron cuatro estudios con un total de 1270 pacientes. Las restauraciones tuvieron una tasa de supervivencia significativamente más alta en el grupo de aislamiento con dique de goma en comparación con el grupo de aislamiento con rollo de algodón a los seis meses en participantes que recibieron tratamiento de restauración compuesto de lesiones cervicales no cariosas (cociente de riesgos [RR] 1,19, intervalo de confianza [IC] del 95 %). 1,04 a 1,37, evidencia de muy baja calidad). El grupo del dique de goma tuvo un riesgo menor de fracaso a los dos años en los niños que recibieron un tratamiento restaurador atraumático proximal en los molares primarios (cociente de riesgos instantáneos [CRI] 0,80; IC del 95%: 0,66 a 0,97, evidencia de calidad muy baja). Tampoco hubo evidencia que evaluara los efectos del uso del dique de goma en la calidad de las restauraciones. Conclusiones Se encontró evidencia de muy baja calidad, de estudios únicos, que indica que el uso de diques de goma en los tratamientos de restauración directa dental puede dar lugar a una tasa de fracaso menor de las restauraciones, en comparación con la tasa de fracaso del uso de rollos de algodón.¹

Salinas G. (2018) Ecuador; efectuó un estudio cuyo objetivo fue determinar si el aislamiento absoluto producía dolor en el músculo masetero. La metodología fue descriptiva con una examinación en pacientes de 18 a 40 años sometidos a aislamiento absoluto y que no presentaban padecimientos en el Témporo-Mandibular. En los resultados se observó que existía dolor del músculo masetero, pero en su mayoría leve; además, las variables sexo y edad no influyeron en la percepción del dolor. De forma global, el dolor señalado por los más evaluados se ubica entre cero y dos, niveles que son mínimos en la escala EVA, y son: 22,8% no siente dolor, 27,7% siente dolor nivel 1, 28,7% siente dolor El nivel 2 y el 20,9%

restante sienten niveles de dolor entre 3 a 8. Concluyendo que la intensidad del dolor es muy baja en los participantes.²

Miao C. (2021) China; efectuó un estudio para examinar los efectos del aislamiento con dique de goma en semejanza con diversas clases de aislamiento efectuados para abordajes de restauración directos e indirectos en pacientes dentales. Métodos Cochrane Oral Health buscó en las siguientes bases de datos electrónicas: Cochrane Oral Health's Trials Register, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, MEDLINE Ovid, Embase Ovid, Biblioteca Virtual en Salud LILACS BIREME; y Biblioteca Virtual en Salud SciELO BIREME. Los resultados agrupados de dos estudios con 192 participantes indicaron que el uso de aislamiento con dique de goma puede aumentar las tasas de supervivencia de las restauraciones compuestas directas de lesiones cervicales no cariosas (NCCL) a los seis meses (odds ratio [OR] 2,29, intervalo de confianza del 95% (IC) 1,05 a 4,99; evidencia de certeza baja). Sin embargo, el uso de diques de goma en las restauraciones compuestas de NCCL puede tener poco o ningún efecto sobre las tasas de supervivencia de las restauraciones en comparación con los rollos de algodón a los 12 meses (OR 1,38; IC del 95 %: 0,45 a 4,28; 1 estudio, 30 participantes; muy bajo evidencia de certeza) y a los 18 meses (OR 1,00; IC del 95%), pero la evidencia es muy incierta. A los 24 meses, el uso del dique de goma puede minimizar el peligro de falla de las restauraciones en niños sometidos a un tratamiento restaurador atraumático proximal en molares primarios, pero la evidencia es muy incierta. Concluyendo que ninguno de las investigaciones abarcan actividades adversas o informó el costo directo del abordaje.³

2.1.2. Antecedentes nacionales

Chanca J, Ramos M. (2018) Huancayo; efectuó una tesis cuya finalidad fue corroborar la prevalencia de sintomatología de trastornos temporomandibulares en pacientes adultos que concurren al Centro de Salud Justicia Paz y Vida. La metodología fue transversal con 86 pacientes. En los resultados hallaron en apertura máxima con 54,3%, lateralidad derecha máxima 48,6%, lateralidad izquierda máxima y protrusión en 82,9%, un 74,3% de pacientes que presentaron sonidos articulares y/o desviación en apertura y cierre, sensibilidad a la palpación

muscular en más de 3 áreas un 57,1%, sensibilidad a la palpación auricular (uní o bilateral) un 62,9%, dolor al movimiento mandibular referido a un solo movimiento un 45,7%, de acuerdo a la valoración de diagnóstico de Helkimo encontramos una disfunción x leve en un 60% y modificado por Maglione un 94,3% y por último de la causas de falta de tratamiento en personas con trastorno temporomandibulares un 77,1%. Concluyendo que los hallazgos de ruidos articulares y síntomas de palpación de los músculos masticatorios, padecimientos al desplazamiento mandibular a un solo lado, exhibieron porcentualidades elevadas de trastornos temporomandibulares, apreciando una recurrencia porcentual de Maglione como disfunción leve y los motivos de los pacientes que no concurren al efectuar los abordajes es porque la problemática no le incomoda.⁴

Yauri D. (2021) Lima; efectuó un estudio cuyo propósito fue corroborar los niveles de trastornos temporomandibulares y la prevalencia de hallazgos en pacientes adultos en una clínica odontológica lima. La metodología fue no experimental, básico, descriptivo, transversal y prospectivo; cuya muestra fue 132 pacientes. Los resultados que el 72.7% exhiben nivel leve de TTM, con respecto a la prevalencia de signos y síntomas tenemos que el 41.7% de los pacientes tiene apertura máxima normal. A su vez el 45.5% de pacientes presentan lateralidad derecha máxima normal; el 47% de pacientes tienen lateralidad izquierda máxima bucal normal; el 65.2% de los pacientes tienen protrusión máxima bucal con limitación leve; el 57.6% de los pacientes presentan ruidos y/o desviación, el 42.4% de los pacientes no tienen sensibilidad a la palpación; el 43.2% de pacientes presentan sensibilidad lateral unilateral o bilateral. El 62.1% no exhibe dolor al desplazamiento mandibular. Concluyendo que el TTM más prevalente es el grado leve; el signo más resaltante es la protrusión máxima bucal con restricción leve proseguida de escasos de dolor al desplazamiento mandibular.⁵

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Aislamiento absoluto

Es una técnica efectuada en odontología que otorga múltiples ventajas. La finalidad esencial es impedir la contaminación del territorio operatorio. Efectuándose con un

dique de goma de látex (también los hay de polivinilo para alérgicos al látex) que exhiben diversas dimensiones y grosores.⁶

Ventajas del aislamiento absoluto

La razón principal de esto es la habilidad del odontólogo con el dique de goma.⁷

Se realiza de forma rápida y eficaz, muy pocos pacientes rechazan su uso.⁷

No tragar instrumentos/materiales en los tratamientos dentales.⁷

Tiempos de trabajo más cortos.⁷

Protección de la lengua, tejidos blandos y tejidos periorales.⁷

En su mayoría, los diques dentales se utilizan en procedimientos que requieren unión o el uso de productos químicos irritantes.⁷

La barrera creada entre la superficie dura del diente y los tejidos blandos, los labios y la lengua por el dique no solo garantiza que el paciente no sufra daño tisular por productos químicos y adhesivos, sino que también mantiene el área oral libre de líquidos o desechos que comprometan la eficacia de los adhesivos.⁷

Otro beneficio de usar protectores dentales es que evitan el riesgo de que el paciente se trague o se atragante con cualquier herramienta o instrumento dental que use el dentista.⁷

Aumentan en gran medida la visibilidad del área de trabajo para el dentista.⁷

Desventajas del aislamiento absoluto

Los casos en los que colocar el dique de goma es particularmente complicado o incluso imposible son muy raros:

Terceros molares con erupción incompleta o morfología específica.⁸

Dientes mal posicionados.⁸

Algunas lesiones de clase 5 (en el tercio cervical).⁸

Pacientes con trastornos psicológicos o dificultades respiratorias.⁸

Beneficios

Retracción constante de los labios y la lengua.⁹

Fácil análisis del tejido a tratar.⁹

Sin ruido del aspirador.⁹

Menos conversación con el paciente.⁹

Más fácil de tratar por cuadrante.⁹

Rendimiento óptimo de los materiales.⁹

Sin contaminación del campo de trabajo ni de los tejidos adyacentes.⁹

Componentes

Se requieren varias herramientas y materiales. Contar con todos los elementos que eventualmente puedan ser necesarios durante el aislamiento es fundamental para que el procedimiento se pueda realizar de forma rápida, segura y con las mínimas molestias para el paciente.¹⁰

Clamps

Las siguientes piezas vitales del equipo en el aislamiento dental son los clamps. Hay varios tipos estándar, todos diseñados específicamente para su uso en diferentes formas de dientes y en diferentes situaciones.¹¹

Hay varias variantes de las clamps que incluyen:

Con alas: estas abrazaderas vienen con una pequeña extensión de metal en cada lado para permitir que el dentista fije el dique antes de colocar la abrazadera en el diente y significa que se requiere menos posicionamiento intraoral y mejora la comodidad del paciente.¹¹

Sin alas: a veces no es posible colocar el dique antes de insertarlo en la boca, por lo que se puede usar una abrazadera sin alas y luego se puede colocar el dique en la parte superior una vez que la abrazadera está unida al diente.¹¹

En estomatología restauradora, las abrazaderas mayormente aplicadas son:

200 a 205 (molares).¹²

206 a 209 (premolares).¹²

210 y 211 (incisivos y caninos).¹²

Dique de goma

Es la lámina de goma (dique) encargada de separar el ámbito operatorio de la boca. Es impermeable y es aprovechable en varios espesores. Las láminas más gruesas son mayormente resistentes y suscitan una óptima retracción gingival además de proporcionar un idóneo cerrado de la interfaz entre goma y dientes. Por último,

existen láminas de vinilo sin látex que son muy útiles para su uso en pacientes alérgicos.¹³

Arco de dique dental o arco de Young

Una pieza de metal o plástico doblada en forma de U, que se utiliza para estirar el dique y facilitar el acceso a los dientes aislados.¹⁴

Perforador de dique de goma

Se utiliza para realizar los agujeros correspondientes a cada diente a aislar. Tiene un segmento giratorio con cinco orificios de diferentes diámetros, cada uno diseñado para un conjunto particular de piezas.¹⁵

Porta clamps

Para agarrar y abrir la pinza, para permitir su colocación sobre el diente. Al final del procedimiento, también se utiliza en la extracción de la abrazadera. Para realizarlo correctamente, es importante que los extremos de las pinzas activas muestren el formato adecuado para poder agarrar firmemente la abrazadera y desprenderla fácilmente en el momento deseado.¹⁶

Lubricante soluble en agua

Lubricación a base de agua en la comisura de la boca para evitar irritaciones en la piel del paciente.¹⁷

Hilo dental

Utilizado como medida de seguridad para evitar que se trague la abrazadera o que el paciente se ahogue, y también se utiliza para ayudar al dentista a empujar el dique de forma segura entre los dientes.¹⁸

Cuñas

Se pueden usar para estirar aún más el dique para garantizar que esté bien sujeto a la base del diente. También se utilizan para dar espacio a los dientes y para fijar una matriz si es necesario.¹⁹

Pasos del aislamiento absoluto

Las técnicas a aplicarse para aislar absolutamente las piezas son tres.²⁰

Selección del material: Los diques dentales se pueden clasificar en tres grupos según su grosor: fino, medio o grueso. Cuanto más grueso sea el dique, mayor será la retracción del tejido que se puede lograr. Para la terapia de restauración diaria, el grosor medio es ideal, ya que ofrece una buena resistencia al desgarro y retracción del tejido. Si se necesita una retracción adicional, el dique se puede complementar con un hilo de retracción y una ligadura de hilo dental.²⁰

Estilos de abrazaderas: las abrazaderas se pueden clasificar en dos grupos: abrazaderas retentivas y de retracción.²¹

Perforación del dique dental: teniendo en cuenta que en la terapia restauradora es preferible aislar tres o cuatro dientes a la vez (retención a distancia), los autores recomiendan utilizar una combinación de tres tamaños de perforación. Si se elige un molar para sostener la abrazadera retentiva, se debe usar el tamaño de perforación más grande. Para cualquier molar adicional incluido en el aislamiento que no se pinzará, se debe usar la segunda perforación más grande. Para otro diente, se debe usar el tamaño de perforación del segundo al más pequeño. Otro factor importante es la distancia entre las perforaciones; para cada situación clínica, 5 a 6 mm entre perforaciones ayudarán a lograr un aislamiento ideal. La única modificación recomendada es cuando los pacientes tienen espacios edéntulos, en cuyo caso se sugiere una distancia de 10 mm para compensar el espacio.²²

Fijación del dique a la abrazadera: todas las abrazaderas del kit universal son diseños sin alas, por lo que normalmente la abrazadera se asegurará primero en el diente retentivo y el dique se estirará sobre él. Sin embargo, esta técnica puede plantear algunos desafíos, a saber²³:

El dique de goma puede romperse si se estira demasiado.

Si la abrazadera no está segura alrededor del diente, podría desplazarse, con la posibilidad de tragarse.²³

Una vez posicionado el clamp encima de las piezas dentarias visualizamos que presente estabilidad con cuatro referencias de apoyo a nivel cervical de los dientes no pudiendo ser desplazado y debiendo definir en la posición adecuada transcurrido la labor operatoria. Procediendo a posicionar el arco con la goma dique sobre la boca abierta. La goma debe recubrir el maxilar superior como mandíbula, así como

orificios nasales con la finalidad de impedir contaminantes del ámbito operatorio con la humedad al respirar.²³

Una vez posicionado el arco y goma dique se marca el territorio donde se efectuará la perforación de la misma. Perforándose la goma dique en referencia al volumen de la corona del diente que va a restringirse. Hallándose el clamp en la goma dique. El clamp tomado por sus aletas, se fija en la perforación aplicada en la goma dique. Con el soporte del portaclamp se lleva a la boca arco, goma dique, y clamp juntos.²³

Diente pilar: en este punto, las pinzas de sujeción se sujetan con una mano y el dique con la otra. Las mordazas de la pinza se abren y se pasan sobre el diente, solo para soltarse una vez que las mordazas están a la altura del tercio cervical. Con la ayuda de hilo dental, se estira ligeramente el dique sobre cada diente a aislar. A continuación, el dique se asegura en mesial del diente pilar con un cordón estabilizador de dique de goma de látex.²⁴

Inversión del dique: Una de las razones más importantes para usar un dique dental es aislar el diente a restaurar. Para que esto suceda, el dique debe invertirse en el surco gingival. Esto se puede lograr de dos maneras, dependiendo de la profundidad de la preparación. Cuando hay suficiente estructura dental supragingival, el dique se puede invertir fácilmente soplando aire con una jeringa de aire/agua alrededor de la porción cervical del diente que se va a restaurar, mientras se empuja el dique dentro del surco con un instrumento de relleno de cordón.²⁴

Eliminación del dique dental: La manera más fácil y conveniente de eliminar el dique es: Estirar el dique bucalmente hasta que se vea el dique interseptal entre cada perforación.²⁴

Corte del dique interseptal con tijeras de punta redonda.²⁴

Extracción de las abrazaderas retentivas para liberar el dique.²⁴

2.2.2. Músculo masetero

El masetero es uno de los músculos de la masticación. Es un poderoso músculo cuadrangular superficial cuya procedencia es del arco cigomático y se adhiere a lo

extenso del ángulo y superficie lateral de rama mandibular. El masetero es el responsable esencial para que la mandíbula se eleve y cierta protracción mandibular. Recibe su inervación motora de la división mandibular del nervio trigémino. El suministro de sangre proviene principalmente de la arteria maseterina, una rama de la arteria maxilar interna.²⁵

Estructura

El músculo masetero es uno de los músculos de la masticación. Es un poderoso músculo cuadrangular superficial con dos divisiones: superficial y profunda. La porción superficial del músculo masetero se origina en una aponeurosis gruesa en el proceso temporal del hueso cigomático y los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático. Las fibras de la porción superficial pasan inferior-posteriormente sobre la porción profunda y se insertan en el ángulo de la mandíbula (tubérculo masetero) y la porción inferior de la superficie lateral de la rama mandibular. El músculo masetero superficial tiene una apariencia de forma cuadrangular en el examen macroscópico debido a sus orígenes e inserciones. La porción profunda del músculo masetero proviene de toda la superficie del arco cigomático. Las fibras corren inferiormente y se insertan a lo largo de la rama mandibular superior a la porción superior del músculo masetero. Anteriormente, la porción profunda está cubierta por la porción superior del masetero, mientras que posteriormente, la glándula parótida cubre la porción profunda.^{26,27}

Función

Es uno de los cuatro músculos encargados de la actividad de masticar (masticación). Cuando el masetero se contrae, provoca una poderosa elevación de la mandíbula que hace que la boca se cierre. Su inserción a lo extenso del ángulo y la superficie lateral de la rama también admite fomentar la protrusión de la mandíbula admitiendo los desplazamientos anteriores mandibulares.²⁸

Embriología

A partir de la semana 4, se forma el aparato faríngeo que involucra los arcos, surcos y bolsas faríngeos emparejados. El músculo masetero es un músculo de la masticación formado a partir de la mesénquima del mesodermo paraxial del arco faríngeo uno (arco mandibular). Cada uno de los arcos faríngeos es un núcleo de

mesénquima cubierto por una capa de ectodermo en el exterior y una capa de endodermo en el interior. Los somitómeros son grupos sueltos de células que se desarrollan a lo largo del tubo neural y la notocorda. Hay siete pares craneales de somitómeros que invaden los arcos faríngeos para formar los mioblastos que dan lugar a la laringe, la faringe y los músculos de la expresión facial y la masticación (incluido el músculo masetero).²⁹

Músculos

La clasificación de los músculos de la masticación se refiere a cuatro músculos principales, incluidos el masetero, temporal, pterigoideo medial y pterigoideo lateral. Las acciones de los músculos de la masticación abren y cierran la boca al influir en el movimiento de la mandíbula. Los cuatro músculos se separan en un grupo superficial que involucra a los músculos masetero y temporal, y un grupo profundo que involucra a los pterigoideos medial y lateral.³⁰

El músculo masetero proporciona una poderosa elevación y protrusión de la mandíbula al originarse en el arco cigomático e insertarse a lo extenso del ángulo y la superficie lateral de la mandíbula. El músculo temporal se origina en el piso de la fosa temporal insertándose en el proceso coronoides mandibular. La contracción provoca la elevación de la mandíbula y la retracción de la mandíbula. El pterigoideo medial proviene en dos cabezas, la superficie medial de la placa pterigoidea lateral y la tuberosidad del maxilar, y se inserta a lo largo de la superficie medial de la rama mandibular. El pterigoideo lateral también se origina en dos cabezas, la superficie/cresta infratemporal del ala mayor del esfenoides y la superficie lateral de la placa pterigoideo lateral, insertándose en la cápsula articular de la articulación temporomandibular (TMJ), el disco articular del TMJ, y el cuello condilar de la mandíbula. La contracción de este músculo permite la protracción de la mandíbula y el movimiento anterior de la ATM, lo que permite que se abra la boca. El pterigoideo lateral es el único músculo que se opone activamente a los otros músculos de la masticación y permite la depresión de la mandíbula.^{31,32}

2.2.3. Dolor en el músculo masetero

Si el músculo masetero está anudado, puede provocar muchos problemas incómodos, pero a menudo se pasa por alto. Las molestias en el músculo masetero

pueden provocar: dolores de cabeza por tensión, dolores de oído, dolor de muelas, mareos, tinnitus, rechinar de dientes y síndrome de la articulación temporomandibular (ATM).³³

La rigidez del músculo masetero se define como la tensión de los músculos de la mandíbula con flacidez de los músculos de las extremidades. Hay un espectro de respuesta del masetero, desde una mandíbula apretada hasta una mandíbula rígida y una espasticidad severa o trismus.³³

Si tiene una afección de la mandíbula que afecta el músculo masetero, puede beneficiarse de la rehabilitación para recuperar la movilidad normal sin dolor. Las consideraciones de rehabilitación para una lesión en la mandíbula dependen de la causa de su condición.³³

El trauma en la mandíbula y el músculo masetero puede requerir un período de inmovilización y descanso para permitir que las cosas se curen adecuadamente. Una fractura de mandíbula a menudo se trata con fijación quirúrgica de la mandíbula; no podrá moverlo durante algunas semanas mientras las cosas se curan. Una vez curado, se debe iniciar un movimiento suave para estirar y fortalecer lentamente los músculos de la mandíbula.³⁴

Los trastornos de la articulación temporomandibular pueden requerir un enfoque de atención multifacético. Puede beneficiarse de la fisioterapia para ayudar a aliviar sus síntomas y restaurar el movimiento y la función normales de la mandíbula. Los tratamientos pueden incluir³⁵:

Calor: se pueden aplicar compresas calientes en el masetero y la mandíbula para aumentar la circulación, relajar el músculo y disminuir el dolor.³⁵

Masaje: un masaje tenue en el masetero puede soportar a relajar un músculo hipertónico y disminuir el dolor.³⁵

Ejercicios de rango de movimiento: trabajar suavemente en el rango de movimiento de la mandíbula sin dolor puede ayudar a restaurar la apertura y el cierre normales de la articulación.³⁶

Ejercicios de fortalecimiento neuromuscular: muchas personas con TMD se benefician al restaurar la movilidad normal de la articulación en varias direcciones.³⁶

Hielo: se puede aplicar compresas frías en el masetero adolorido y la mandíbula para aliviar el dolor, disminuir la circulación y reducir la hinchazón.³⁶

Ejercicio de control postural: existe una conexión entre el movimiento de la mandíbula y la postura. Tu músculo masetero y otros músculos de la masticación funcionan mejor cuando estás en una postura óptima. Aprender a lograr y mantener una postura adecuada para sentarse y pararse puede ser parte de su rehabilitación para TMD.³⁶

2.3. Definición de términos básicos

Aislamiento absoluto: La finalidad esencial es impedir la contaminación del territorio operatorio.⁶

Dique de goma: Es la lámina de goma (dique) encargada de separar el campo operatorio de la boca.¹³

Músculo masetero: Es un poderoso músculo cuadrangular superficial que proviene del arco cigomático insertándose a lo extenso del ángulo y superficie lateral de rama mandibular.²⁵

Arco de Young: Es un elemento metálico de figura de U que se utiliza para agarrar y estirar la lámina de goma.¹⁴

Perforador de dique de goma: Se utiliza para realizar los agujeros correspondientes a cada diente a aislar.¹⁵

Clamps: La función principal de la pinza es mantener y estabilizar la lámina de goma, aunque posiblemente también sean responsables de promover las retracciones de los tejidos gingivales.¹¹

Medidas preventivas: Son aquellas que sirvan para resguardar de modo efectivo la salud de padecimientos infecciosos.³⁰

Porta clamps: Para agarrar y abrir la pinza, para permitir su colocación sobre el diente.¹⁶

Calor en dolor muscular: se pueden aplicar compresas calientes en el masetero y la mandíbula para aumentar la circulación, relajar el músculo y disminuir el dolor.³⁵

Cuñas: Se pueden usar para estirar aún más el dique para garantizar que esté bien sujeto a la base del diente. También se utilizan para dar espacio a los dientes y para fijar una matriz si es necesario.¹⁹

Dolor en el músculo masetero: Es el padecimiento del músculo encargado de la masticación.³³

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas

3.1.1. Hipótesis principal

La evaluación del dolor en el músculo masetero esta asociado significativamente al uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

3.2. Variables, definiciones conceptuales

V₁ Dolor en el músculo masetero.

Definición conceptual: Es el padecimiento del músculo encargado de la masticación.³³

V₁₂ Uso prolongado del aislamiento absoluto.

Definición conceptual: Es usar prolongadamente el dique de goma para evitar la contaminación del campo operatorio.⁶

Operacionalización de variables

Variables	dimensiones	indicadores	Escala de medición	Valor
Variable 1: Dolor en el músculo masetero	Nivel de dolor muscular	Escala Visual Análoga (EVA)	Cualitativa Ordinal	0: Ausencia de dolor 5: Dolor medio 10: dolor insoportable
Variable 2: Uso prolongado del aislamiento absoluto	Tiempo de uso	Encuesta virtual	Cualitativa Ordinal	Menor a 30 minutos: 1 Mayor a 30 minutos: 2

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

La investigación descriptiva que describió una población, situación o fenómeno que se estuvo estudiando.³⁷

Es no experimental porque aquella que careció de la manipulación de una variable independiente, el control de variables extrañas a través de la asignación aleatoria, o ambos.³⁷

Fue prospectivo porque se refiere a un diseño de estudio en el que la documentación de la presencia o ausencia de una exposición de interés se documentó en un período de tiempo anterior al inicio de la condición que se estudió.³⁷

Fue transversal, porque recopiló datos de muchas personas diferentes en un solo momento.³⁷

Según los niveles de investigación fue correlacional porque reveló los grados de fuerza con que se correlacionó las variables.³⁷

4.2. Diseño muestral

Población

La población fue 926 pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

Muestra:

Se efectuó la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = Tamaño muestral

N = Tamaño del universo =926

Z = Nivel de confianza 96% -> Z=2,05

e = Error máximo (4%)

p = Posibilidad de éxito (0.5)

Q = Posibilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{926 \times 2,05^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.04^2(926 - 1) + 2,05^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 384$$

La muestra fue 384 pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de la ciudad de Lima en el año 2022.

Pacientes de ambos sexos.

Pacientes que se realizaron tratamientos con aislamiento absoluto.

Pacientes atendidos que aprobaron mediante un consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes con enfermedades degenerativas.

Pacientes que se atendieron en el servicio de odontología de los hospitales de la ciudad.

Pacientes con parálisis cerebral.

Pacientes con tratamiento de prótesis dental.

4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

A. Técnica de recolección de datos

La técnica para efectuar en esta investigación fue una encuesta que ya ha sido validado por juicio de expertos en otros estudios.

B. Procedimientos

La recolección de datos comenzó a partir de la solicitud de la carta de presentación al director de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas el Doctor Pedro Aparcana Quijandría para poder presentarlo ante los responsables de las clínicas odontológicas particulares de la ciudad de Lima.

Se invitó a los participantes que cumplieron con los criterios de selección para que de modo voluntario accedieron a contestar firmando el consentimiento para efectuar las preguntas apreciadas en la ficha de recopilación de datos.

En la ficha de datos recopiló la información sobre el uso prolongado del aislamiento absoluto calificándolos en base al tiempo de 15 minutos, 30 minutos, 45 minutos y mayor a 1 hora.

Luego se registró el padecimiento en el músculo masetero mediante la escala numérica EVA donde 0 fue ausencia de dolor, 5 será dolor medio y 10 será dolor insoportable (Anexo N° 2).

Luego se recogió los datos y se tabuló en un excel para que posteriormente se realizó las pruebas estadísticas.

C. Validación del instrumento

El instrumento que se usó fue previamente validado por la autora Gabriela Salinas Sanchez en el estudio titulado “Evaluación del dolor muscular mediante encuestas por el uso prolongado de aislamiento absoluto en pacientes de 20 a 40 años de edad, atendidos en la clínica odontológica de la UDLA” mediante juicio de expertos por escuela de odontología de la Universidad De Las Américas en el año 2018 respectivamente.²

4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Se aplicó el SPSS Statistic 25, donde los datos y gráficos fueron distribuidos interpretando resultados y corroborando hipótesis, efectuando pruebas no paramétricas como Chi cuadrado de Pearson.

4.5. Aspectos éticos

Aplicaron las normativas definidas por código de ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú.

En contexto a las normativas éticas no se infringió los datos, resguardando la privacidad de los datos personales.

Respetó el consentimiento informado de los colaboradores donde no abarca ningún perjuicio.

CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc

Tabla N° 1

Pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según sexo

	Sexo	
	n	%
Femenino	200	52,1
Masculino	184	47,9
Total	384	100,0

Fuente: propia del investigador

Presentó una elevada porcentualidad en el sexo femenino con 52,1% en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima.

Gráfico N° 1

Pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según sexo

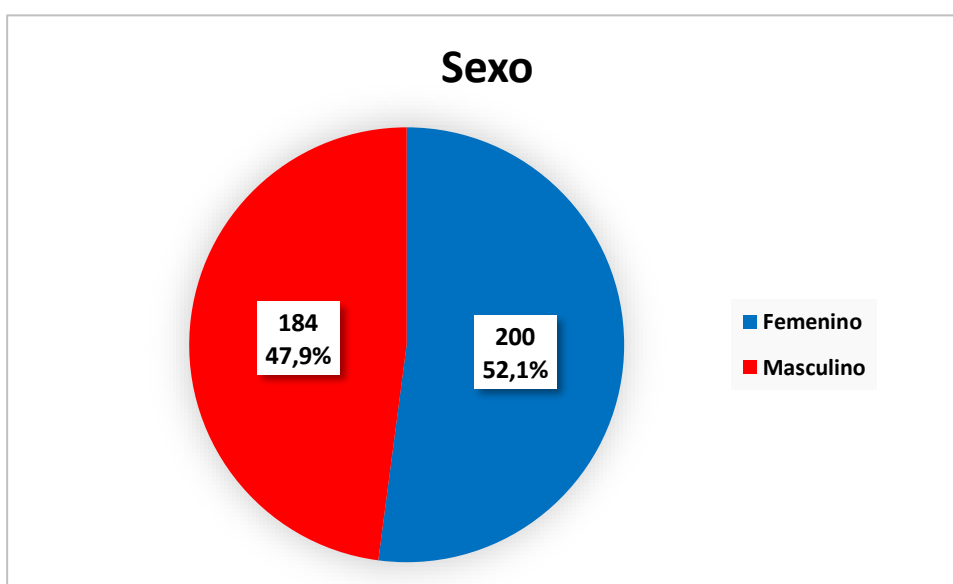


Tabla N° 2

Pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según edad

Edad agrupada		
	n	%
25 - 31 años	97	25,3
32 - 38 años	151	39,3
39 - 45 años	60	15,6
46 - 52 años	76	19,8
Total	384	100,0

Fuente: propia del investigador

Presentó una elevada porcentualidad de 39,3% entre las edades de 32 - 38 años en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima.

Gráfico N° 2

Pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según edad

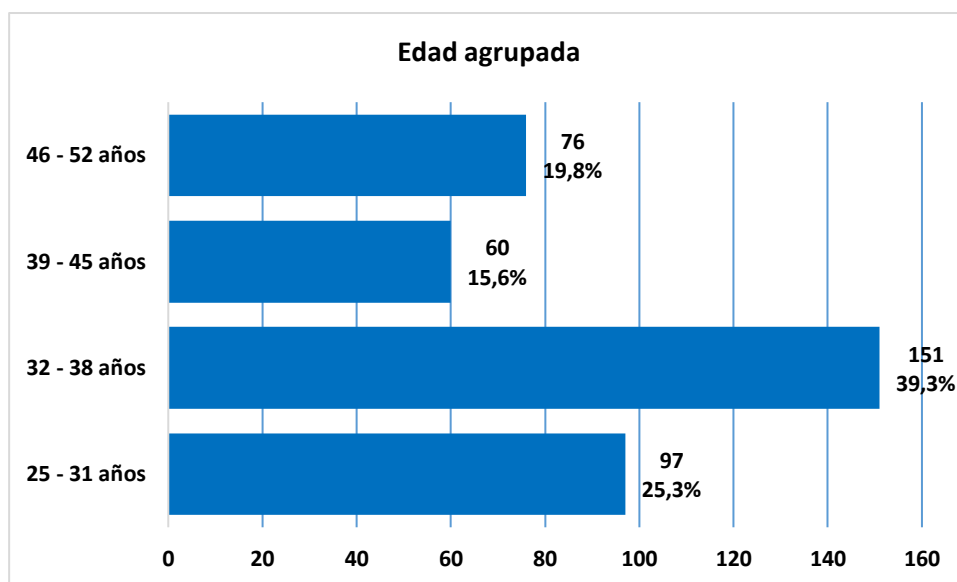


Tabla N° 3

Dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022

Dolor en el músculo masetero		
	n	%
Ausencia de dolor	30	7,8
Dolor medio	245	63,8
Dolor insoportable	109	28,4
Total	384	100,0

Fuente: propia del investigador

Visualizamos el dolor en el músculo masetero exhibió un elevado porcentaje de 63,8% con dolor medio en los pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima.

Gráfico N° 3

Dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022

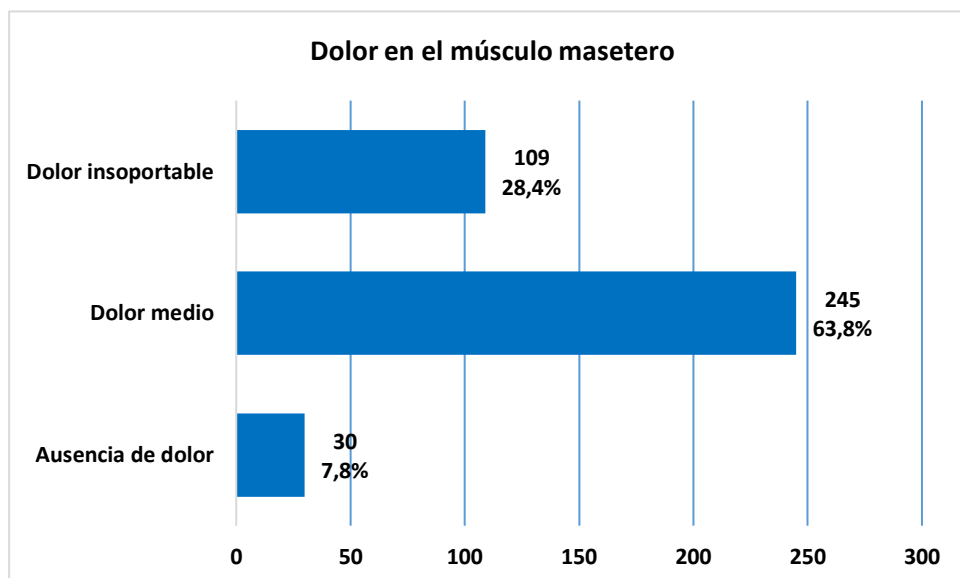


Tabla N° 4

Uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022

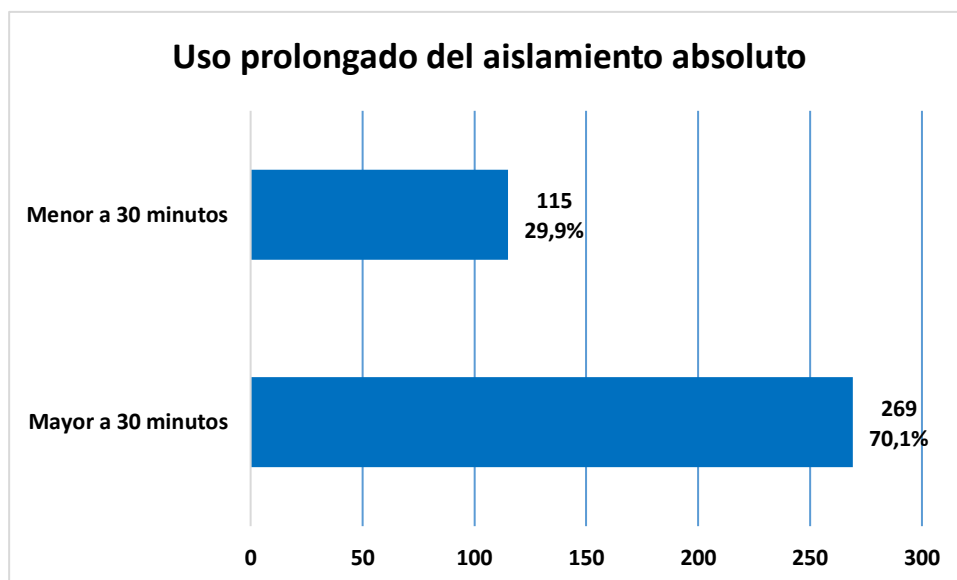
Uso prolongado del aislamiento absoluto		
	n	%
Mayor a 30 minutos	269	70,1
Menor a 30 minutos	115	29,9
Total	384	100,0

Fuente: propia del investigador

Visualizamos el uso prolongado del aislamiento absoluto exhibió un elevado porcentaje de 70,1% con un tiempo mayor a 30 minutos en los pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima.

Gráfico N° 4

Uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022



5.2 Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras

Tabla N° 5

Uso prolongado del aislamiento absoluto y el dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según sexo

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Dolor en el músculo masetero	Ausencia de dolor	9	2,3	21	5,5	30	7,8
	Dolor medio	132	34,4	113	29,4	245	63,8
	Dolor insoportable	59	15,4	50	13,0	109	28,4
Uso prolongado del aislamiento absoluto	Mayor a 30 minutos	129	33,6	140	36,5	269	70,1
	Menor a 30 minutos	71	18,5	44	11,5	115	29,9

Fuente: propia del investigador

Presentó un mayor porcentaje de 34,4% con dolor medio en el músculo masetero en los pacientes atendidos en el sexo femenino en clínicas odontológicas particulares de Lima. Posteriormente, presentó un elevado porcentaje de 36,5% exhibiendo un tiempo mayor a 30 minutos en el uso prolongado del aislamiento absoluto en los pacientes atendidos en el sexo masculino en clínicas odontológicas particulares de Lima.

Tabla N° 6

Uso prolongado del aislamiento absoluto y el dolor en el músculo masetero en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, según edad

		Edad agrupada									
		25 - 31		32 - 38		39 - 45		46 - 52		Total	
		años	años	años	años	años	años	n	%	n	%
Dolor en el músculo masetero	Ausencia de dolor	6	1,6	15	3,9	4	1,0	5	1,3	30	7,8
	Dolor medio	76	19,8	92	24,0	33	8,6	44	11,5	245	63,8
	Dolor insoportable	15	3,9	44	11,5	23	6,0	27	7,0	109	28,4
Uso prolongado del aislamiento absoluto	Mayor a 30 minutos	74	19,3	110	28,6	42	10,9	43	11,2	269	70,1
	Menor a 30 minutos	23	6,0	41	10,7	18	4,7	33	8,6	115	29,9

Fuente: propia del investigador

Presentó un mayor porcentaje de 24,0% con dolor medio en el músculo masetero en los pacientes atendidos entre las edades de 32 – 38 años en clínicas odontológicas particulares de Lima. Posteriormente, presentó un elevado porcentaje de 28,6% exhibiendo un tiempo mayor a 30 minutos en el uso prolongado del aislamiento absoluto en los pacientes atendidos entre las edades de 32 – 38 años en clínicas odontológicas particulares de Lima.

5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

Tabla N° 7

Comprobación de evaluación del dolor en el músculo masetero asociado al uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022

	Pruebas de chi-cuadrado	valor p
Dolor en el músculo masetero - Uso prolongado del aislamiento absoluto	42,875 ^a	0,000

Prueba chi²

Fuente propia del investigador

En contexto al chi cuadrado, hay asociación entre la evaluación del dolor en el músculo masetero y el uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022, donde ($p < 0,05$).

5.4. Discusión

En el presente estudio de investigación de tipo no experimental, transversal, prospectivo y correlacional se determinó la evaluación del dolor en el músculo masetero asociado al uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

En los resultados observamos que el dolor en el músculo masetero exhibió un elevado porcentaje de 63,8% con dolor medio. Mientras que en el uso prolongado del aislamiento absoluto exhibió un elevado porcentaje de 70,1% con un tiempo mayor a 30 minutos. En referencia al sexo observamos que presentó un elevado porcentaje de 34,4% con dolor medio en el músculo masetero en los pacientes del sexo femenino. A su vez, presentó un elevado porcentaje de 36,5% de tiempo mayor a 30 minutos en el uso prolongado del aislamiento absoluto en los pacientes del sexo masculino. En referencia a la edad observamos que presentó un elevado porcentaje de 24,0% con dolor medio en el músculo masetero en los pacientes de las edades de 32 – 38 años. A su vez presentó un elevado porcentaje de 28,6% en el tiempo mayor a 30 minutos en el uso prolongado del aislamiento absoluto entre las edades de 32 – 38 años. Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado, a la evaluación del dolor en el músculo masetero y el uso prolongado del aislamiento absoluto encontramos ($p < 0,05$).

En los resultados observamos que el dolor en el músculo masetero exhibió un elevado porcentaje de dolor medio discrepando con el autor **Salinas G. (2018) Ecuador**, donde en los resultados se observó que existía dolor del músculo masetero, pero en su mayoría leve.²

En nuestro estudio se observa que la evaluación del dolor en el músculo masetero y el uso prolongado del aislamiento absoluto es media diferenciándose con el autor **Salinas G. (2018) Ecuador**, donde la intensidad del dolor es muy baja en los participantes.²

En referencia al sexo observamos que presentó un elevado porcentaje de 34,4% con dolor medio en el músculo masetero en los pacientes del sexo femenino, discrepando con el autor **Salinas G. (2018) Ecuador**, donde el dolor del masetero predominó en el sexo masculino presentó un 38% de dolor leve.²

En referencia a la edad observamos que presentó un elevado porcentaje de 24,0% con dolor medio en el músculo masetero en los pacientes de las edades de 32 – 38 años diferenciándose con el autor **Salinas G. (2018) Ecuador** donde predominó las edades de 31 - 40 años con 32,4% en dolor leve del músculo masetero.²

Al manejar porcentajes observamos que el dolor en el músculo masetero exhibió un 63,8% con dolor medio diferenciándose con los autores **Chanca J, Ramos M. (2018) Huancayo**; donde en los resultados hallaron dolor al movimiento mandibular referido a un solo movimiento con 45,7% posterior a un tratamiento invasivo.⁴

En nuestro estudio el uso prolongado del aislamiento absoluto evidencia una efectividad en los tratamientos invasivos siendo semejante a los autores **Keys W, Susan J. (2017) Escocia**, en los resultados se encontró evidencia que indica que el uso de diques de goma en los tratamientos de restauración directa dental puede dar lugar a una tasa de fracaso menor de las restauraciones, en comparación con la tasa de fracaso del uso de rollos de algodón.¹ A su vez es semejante con el autor **Miao C. (2021) China**, donde los resultados indicaron que el uso de aislamiento con dique de goma puede aumentar las tasas de supervivencia de las restauraciones compuestas directas de lesiones cervicales no cariosas a los seis meses.³

En los resultados observamos que el dolor en el músculo masetero exhibió un elevado porcentaje de 63,8% con dolor medio. **Yauri D. (2021) Lima**, Los resultados el 62.1% no exhibe dolor al desplazamiento mandibular.⁵

CONCLUSIONES

El dolor en el músculo masetero esta asociado significativamente al uso prolongado del aislamiento absoluto en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

La evaluación del dolor en el músculo masetero es dolor medio en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

El uso prolongado del aislamiento absoluto es mayor a 30 minutos en pacientes atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

El uso prolongado del aislamiento absoluto es mayor en pacientes del sexo masculino y el dolor en el músculo masetero es mayor en pacientes del sexo femenino atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

El uso prolongado del aislamiento absoluto y el dolor en el músculo masetero es mayor en pacientes de 32 - 38 años atendidos en clínicas odontológicas particulares de Lima – 2022.

RECOMENDACIONES

Comparar las actitudes del uso del aislamiento absoluto y el aislamiento relativo en los profesionales de odontología recién egresados para conocer como aplican en los tratamientos invasivos este aditamento.

Realizar charlas para reforzar los conocimientos y el manejo del aislamiento absoluto en profesionales de odontología.

Desarrollar estudio con un mayor número de muestra para verificar la variabilidad de resultados entre distintas poblaciones.

Evaluar como se relaciona los trastornos temporomandibulares con el uso prolongado del aislamiento absoluto.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Salinas G. Evaluación del dolor muscular mediante encuestas por el uso prolongado de aislamiento absoluto en pacientes de 20 a 40 años de edad, atendidos en la clínica odontológica de la UDLA. [Internet] [Tesis] Universidad De Los Ángeles, 2018.
2. Keys W, Susan J. Rubber dam may increase the survival time of dental restorations. *Evidence-based dentistry*. 2017, 18(1): 19-20.
3. Miao C. et al. Rubber dam isolation for restorative treatment in dental patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021, 5 (1): 1-10.
4. Chanca J, Ramos M. Prevalencia de signos y síntomas de trastornos temporomandibulares en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud Justicia Paz y Vida 2018. [Internet] [Tesis] Universidad Peruana Los Andes, 2018.
5. Yauri D. Nivel de trastornos temporomandibulares y prevalencia de signos y síntomas en pacientes adultos en una clínica odontológica, Lima 2021. [Internet] [Tesis] Universidad Cesar Vallejo, 2021.
6. Kapitán M, Sustová Z. The use of rubber dam among Czech dental practitioners, *Acta Medica*. 2011, 54(4): 144–148.
7. Mala S, Lynch C, Burke F, Dummer P, Attitudes of final year dental students to the use of rubber dam, *International Endodontic Journal*. 2009, vol. 42(7): 632–638.
8. Iwatani K, Matsuo K, Kawase S, Wakimoto N, Taguchi A. Effects of open mouth and rubber dam on upper airway patency and breathing, *Clinical Oral Investigations*. 2013, 17(5): 1295–1299.
9. Ahmad I. Rubber dam usage for endodontic treatment: a review, *International Endodontic Journal*. 2009, 42(11):963–972.
10. Stewardson D, McHugh E. Patients' attitudes to rubber dam, *International Endodontic Journal*. 2002, 35(10): 812–819.
11. Gilbert M, Litaker D, Pihlstrom C, Amundson V. Rubber dam use during routine operative dentistry procedures: findings from the dental PBRN. *Operative Dentistry*. 2010, 35(5) 491–499.

12. Udoye C, Jafarzadeh H. Rubber dam use among a subpopulation of Nigerian dentists. *Journal of Oral Science*. 2010, 52(2): 245–249.
13. Al-Omari M, Al-Dwairi Z. Compliance with infection control programs in private dental clinics in Jordan. *Journal of Dental Education*. 2005, 69(6): 693–698.
14. Whitworth G, Seccombe V, Shoker K, Steele J. Use of rubber dam and irrigant selection in UK general dental practice. *International Endodontic Journal*, vol. 2000; 33(5): 436–441.
15. Jenkins S, Hayes J, Dummer P. A study of endodontic treatment carried out in dental practice within the UK. *International Endodontic Journal*. 2001, 34(1): 16–22.
16. Feierabend J, Klaiber. A comparison of conventional and new rubber dam systems in dental practice, *Operative Dentistry*. 2011, 36(3): 243–250.
17. Lanata E. *Operatoria Dental. Estética y Adhesión*, 4 edición, Buenos Aires Argentina, editorial grupo guía S.A, 2003; 8(1): 55-65
18. Gómez M. et al. Algunas consideraciones sobre el aislamiento absoluto. *Medisan*. 2017, 21 (10): 3066-3076.
19. Wu Z, McGoogan J. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019(COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>.
20. Camejo S. Guía para demostración: Aislamiento Absoluto del Campo Operatorio en Endodoncia URL disponible en: www.ucv.ve/.../endodoncia/guia_de_demostracion_aislamiento.pdf fecha de acceso: 21 de Marzo 2022.
21. Hill E, Rubel BS Do dental educators need to improve their approach to teaching rubber dam use? *Journal of Dental education* 2008; 72(1): 1177–81.
22. Jenkins SM, Hayes SJ, Dummer PMH. A study of endodontic treatment carried out in dental practice within the UK. *International endodontic Journal* 2001; 34(1): 16–22.
23. Koch M, Axelson S, Tegelberg Å. effect of educational intervention on adoption of new endodontic technology by general dental practitioners: a questionnaire survey. *International endodontic Journal* 2009; 42(1): 313–21.

24. Koshy S, Chandler NP. Use of rubber dam and its association with other endodontic procedures in New Zealand. *New Zealand Dental Journal* 2002; 98(1): 12–6.
25. Otake I, Kageyama I, Mataga I. Clinical anatomy of the maxillary artery. *Okajimas Folia Anat Jpn.* 2011, 87(4):155-64.
26. Yu-Ting J, Hsien-Li P. Literature review of the adverse events associated with botulinum toxin injection for the masseter muscle hypertrophy. *Journal of cosmetic dermatology.* 2018, 17.5 (5): 675-687.
27. Schultz D. et al. Minimally Invasive Approach for Resection of Masseteric Vascular Malformations. *Journal of Craniofacial Surgery.* 2018,29 (6): 596-598.
28. Corcoran M, Evan M. Anatomy, head and neck, masseter muscle. 2019, 1(1): 1-10.
29. Kim J, Bark-Lynn L, Woo-Young S. Intramuscular vascular malformation of the temporalis muscle: A case report and review of the literature. *Annals of Dermatology.* 2014,26 (3): 428-430.
30. Yuan J, et al. Influence of partial masseter muscle resection along with reduction of mandibular angle. *Journal of Craniofacial Surgery.* 2013, 24(4): 1111-1113.
31. Hassel B. Tetanus: pathophysiology, treatment, and the possibility of using botulinum toxin against tetanus-induced rigidity and spasms. *Toxins (Basel)* 2013, 08;5(1):73-8
32. Tuna S. et al. The effects of stabilization splint treatment on the volume of masseter muscle in sleep bruxism patients. *CRANIO®.* 2018, 36 (5): 286-293.
33. Pinheiro P. et al. Anatomical study of the innervation of the masseter muscle and its correlation with myofascial trigger points. *Journal of Pain Research.* 2020, 13 (1): 3217.
34. Aswad M. Temperature Changes Associated with Ultrasound-Based Changes in Masseter Myalgia. Diss. State University of New York at Buffalo, 2021.
35. Ekuni D. et al. Parafunctional masseter muscle activity during waking is related to periodontitis progression: A pilot prospective cohort study. *Journal of Clinical Periodontology.* 2021, 48.6 (6): 785-794.
36. Anehosur V, Anhad M, Niranjana K. Management of masseter muscle hypertrophy and role of adjunctive surgical procedures. *Craniofacial Trauma & Reconstruction Open.* 2020, 5 (1): 2472751220913147.

37. Hernández R. Metodología de la Investigación. 2a. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2001.

ANEXOS

Anexo N° 1: Carta de presentación



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología

Pueblo Libre, 07 de Noviembre del 2022

CARTA DE PRESENTACION

DRA. RUIZ PANDURO CLAUDIA CECILIA.

DIRECTORA DE LA CLINICA OPTIMAL DENT - LIMA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al egresado MÜLLER VALENZUELA JÜRGEN HEINZ con DNI: 72325750, y código de estudiante 2011205048, Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL MUSCULO MASETERO ASOCIADO AL USO PROLONGADO DEL AISLAMIENTO ABSOLUTO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CLINICAS ODONTOLÓGICAS PARTICULARES DE LIMA – 2022"

A efectos de que tenga a bien brindarle las facilidades del caso.

Le anticipo mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

 UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

.....
DR. PEDRO MARTIN JESUS APARCANA QUIJANDRIA
DIRECTOR
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

Anexo N° 2: Constancia de desarrollo

AUTORIZACIÓN

Yo, Claudia Cecilia Ruiz Panduro como gerente general de Optimal Dent quien suscribe.

AUTORIZA:

Al bachiller MÜLLER VALENZUELA, JÜRGEN HEINZ de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas para realizar el trabajo de tesis titulada **“EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL MUSCULO MASETERO ASOCIADO AL USO PROLONGADO DEL AISLAMIENTO ABSOLUTO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CLINICAS ODONTOLÓGICAS PARTICULARES DE LIMA – 2022”**

LIMA, 09 DE NOVIEMBRE DEL 2022



DR. CLAUDIA RUIZ PANDURO
COP. 16909

Anexo N° 3: Consentimiento informado



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Fecha: _____

Mediante el presente documento manifiesto que he sido informado por el bachiller Müller Valenzuela Jürguen Heinz de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, de la Universidad Alas Peruanas, sobre el objetivo del estudio **“EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL MUSCULO MASETERO ASOCIADO AL USO PROLONGADO DEL AISLAMIENTO ABSOLUTO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CLINICAS ODONTOLÓGICAS PARTICULARES DE LIMA – 2022”** y además me ha informado sobre la veracidad de mis respuestas y la importancia del tema. Así mismo sobre el manejo de la información obtenida con un carácter de confidencialidad y su no uso para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento expreso, así como de la posibilidad que tengo para revocar la participación cuando así lo decida.

En caso necesite más información, o tenga una duda sobre esta investigación puede contactarse por teléfono con la investigadora principal al número 947292612.

Ante lo explicado, yo, de manera consciente y voluntaria, a continuación, aceptó en señal de conformidad.

Si acepto ()

No acepto ()

2022

ANEXO N° 4: Ficha de recolección de datos



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

A. Uso prolongado del dique de goma

Menor a 30 minutos_____

Mayor a 30 minutos_____

B. Dolor en el músculo masetero

Encuesta sobre Valoración de Dolor Muscular

Tipo EVA (Escala visual analógica)

Recolección de datos:

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Género: _____

En una escala del 1 al 10 señale su dolor, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el máximo dolor posible.

Respecto del dolor muscular

1. Masetero



Fuente: Salinas G. Evaluación del dolor muscular mediante encuestas por el uso prolongado de aislamiento absoluto en pacientes de 20 a 40 años de edad, atendidos en la clínica odontológica de la UDLA. [Internet] [Tesis] Universidad De Los Ángeles, 2018.

Anexo N° 5: Fotografías



Imagen N° 1: Llenado de la ficha de recolección de datos



Imagen Nº 2: Consulta del dolor



Imagen Nº 3: Llenado de la escala del dolor



Imagen Nº 4: Explicaciones complementarias

Anexo N° 6: Base de datos

A	B	C	D	E	F	G
n	Sexo	Edad agrupada	Dolor en el músculo mas	Uso prolongado del aislamiento absoluto		
1	Masculino	25 - 31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
2	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
3	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
4	Masculino	25 - 31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
5	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
6	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
7	Femenino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
8	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
9	Masculino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
10	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
11	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
12	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
13	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
14	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
15	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
16	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
17	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
18	Masculino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
19	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
20	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
21	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
22	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
23	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
24	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
25	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
26	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
27	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
28	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
29	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
30	Masculino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
31	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
32	Masculino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
33	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		

A	B	C	D	E	F	G
34	Masculino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
35	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
36	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
37	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
38	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
39	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
40	Femenino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
41	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
42	Femenino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
43	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
44	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
45	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
46	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
47	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
48	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
49	Masculino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
50	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
51	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
52	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
53	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
54	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
55	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
56	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
57	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
58	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
59	Masculino	25 - 31 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
60	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
61	Masculino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
62	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
63	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
64	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
65	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
66	Femenino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		

A	B	C	D	E	F	G
67	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
68	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
69	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
70	Masculino	25 - 31 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
71	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
72	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
73	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
74	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
75	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
76	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
77	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
78	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
79	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
80	Masculino	25 - 31 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
81	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
82	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
83	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
84	Masculino	25 - 31 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
85	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
86	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
87	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
88	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
89	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
90	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
91	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
92	Femenino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
93	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
94	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
95	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
96	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
97	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
98	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
99	Masculino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		

A	B	C	D	E	F	G
100	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
101	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
102	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
103	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
104	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
105	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
106	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
107	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
108	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
109	Masculino	46 - 52 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
110	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
111	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
112	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
113	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
114	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
115	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
116	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
117	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
118	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
119	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
120	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
121	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
122	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
123	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
124	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
125	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
126	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
127	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
128	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
129	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
130	Masculino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
131	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
132	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
133						

A	B	C	D	E	F	G
133	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
134	Masculino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
135	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
136	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
137	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
138	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
139	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
140	Femenino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
141	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
142	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
143	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
144	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
145	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
146	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
147	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
148	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
149	Masculino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
150	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
151	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
152	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
153	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
154	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
155	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
156	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
157	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
158	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
159	Femenino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
160	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
161	Masculino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
162	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
163	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
164	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
165	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		

A	B	C	D	E	F	G
166	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
167	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
168	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
169	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
170	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
171	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
172	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
173	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
174	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
175	Femenino	25 - 31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
176	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
177	Masculino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
178	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
179	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
180	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
181	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
182	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
183	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
184	Femenino	25 - 31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
185	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
186	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
187	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
188	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
189	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
190	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
191	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
192	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
193	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
194	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
195	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
196	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
197	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
198	Masculino	39 - 45 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		

A	B	C	D	E	F	G
199	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
200	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
201	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
202	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
203	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
204	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
205	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
206	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
207	Masculino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
208	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
209	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
210	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
211	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
212	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
213	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
214	Masculino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
215	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
216	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
217	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
218	Masculino	25 - 31 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
219	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
220	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
221	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
222	Femenino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
223	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
224	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
225	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
226	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
227	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
228	Femenino	46 - 52 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
229	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
230	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
231	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		

A	B	C	D	E	F	G
232	Femenino	39 -45 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
233	Femenino	32 -38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
234	Masculino	32 -38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
235	Masculino	25 -31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
236	Femenino	46 -52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
237	Femenino	32 -38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
238	Masculino	39 -45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
239	Femenino	32 -38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
240	Femenino	25 -31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
241	Femenino	46 -52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
242	Femenino	32 -38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
243	Masculino	32 -38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
244	Femenino	39 -45 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
245	Masculino	25 -31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
246	Femenino	25 -31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
247	Masculino	25 -31 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
248	Femenino	32 -38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
249	Masculino	25 -31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
250	Masculino	25 -31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
251	Masculino	32 -38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
252	Masculino	46 -52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
253	Femenino	46 -52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
254	Masculino	25 -31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
255	Femenino	46 -52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
256	Masculino	46 -52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
257	Femenino	32 -38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
258	Femenino	32 -38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
259	Femenino	25 -31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
260	Masculino	39 -45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
261	Femenino	39 -45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
262	Masculino	32 -38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
263	Femenino	32 -38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
264	Masculino	39 -45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		

A	B	C	D	E	F	G
265	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
266	Femenino	25 - 31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
267	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
268	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
269	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
270	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
271	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
272	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
273	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
274	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
275	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
276	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
277	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
278	Femenino	39 - 45 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
279	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
280	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
281	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
282	Masculino	46 - 52 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
283	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
284	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
285	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
286	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
287	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
288	Masculino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
289	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
290	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
291	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
292	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
293	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
294	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
295	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
296	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
297	Masculino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		

A	B	C	D	E	F	G
298	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
299	Femenino	25 - 31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
300	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
301	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
302	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
303	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
304	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
305	Femenino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
306	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
307	Masculino	39 - 45 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
308	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
309	Masculino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
310	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
311	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
312	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
313	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
314	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
315	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
316	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
317	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
318	Femenino	25 - 31 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
319	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
320	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
321	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
322	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
323	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
324	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
325	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
326	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
327	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
328	Femenino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
329	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
330	Femenino	25 - 31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		

A	B	C	D	E	F	G
331	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
332	Femenino	32 - 38 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
333	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
334	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
335	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
336	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
337	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
338	Masculino	25 - 31 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
339	Femenino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
340	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
341	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
342	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
343	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
344	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
345	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
346	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
347	Masculino	25 - 31 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
348	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
349	Masculino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
350	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
351	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
352	Masculino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
353	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
354	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
355	Femenino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
356	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
357	Femenino	46 - 52 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
358	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
359	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
360	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
361	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
362	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
363	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		

A	B	C	D	E	F	G
364	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
365	Masculino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
366	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
367	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
368	Femenino	46 - 52 años	Dolor insoportable	Menor a 30 minutos		
369	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
370	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
371	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
372	Femenino	39 - 45 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
373	Masculino	32 - 38 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
374	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
375	Masculino	46 - 52 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
376	Femenino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
377	Masculino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
378	Femenino	25 - 31 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
379	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
380	Masculino	32 - 38 años	Dolor insoportable	Mayor a 30 minutos		
381	Femenino	25 - 31 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		
382	Masculino	46 - 52 años	Ausencia de dolor	Mayor a 30 minutos		
383	Femenino	32 - 38 años	Dolor medio	Mayor a 30 minutos		
384	Femenino	39 - 45 años	Dolor medio	Menor a 30 minutos		