



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. ANTONIO FRAGA MOURET"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**EVALUACIÓN DE LA ACTITUD Y GRADO DE CONOCIMIENTOS DE LOS
MÉDICOS ANESTESIÓLOGOS ANTE EL DOLOR POSTOPERATORIO DE
PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LA UMAE "DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ
GARZA" DEL CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA" DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE MEDICO ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTA:

DRA. TANIA EDITH GUTIÉRREZ DORADOR

ASESORES DE TESIS:

MC. SONIA AURORA GALLARDO CANDELAS.

DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA

DR. RAÚL TOMAS ARRIETA PÉREZ

MÉXICO D.F. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JESÚS ARENAS OSUNA
Jefe de la división de Educación en salud

DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA
Profesor Titular del Curso universitario de Anestesiología (UNAM)

DRA. TANIA EDITH GUTIÉRREZ DORADOR.
Medico Resiente en Formación del Tercer año en la Especialidad de Anestesiología

No. Protocolo 2010-3502-48

ÍNDICE

Carátula	1
Hoja de Firmas	2
Índice	3
Resumen	4
Introducción	6
Antecedentes y Marco Teórico	8
Material y Métodos	13
Resultados	14
Discusión	21
Conclusiones	23
Bibliografía	24
Anexos	26

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Todas las personas hemos sentido dolor en un momento determinado, pero son pocos los que conocen las repercusiones del dolor. Esta percepción está muy ligada a la **actitud**, la cual está en función a conocimientos, emociones y connotaciones psicológicas, influyendo así en el manejo del dolor.

El objetivo del tratamiento del dolor postoperatorio es reducir o eliminar el dolor y la sensación de malestar del paciente, ya que actualmente es uno de los problemas de salud más universales.

OBJETIVO

Evaluar la actitud y el grado de conocimiento que tienen los médicos anestesiólogos ante el dolor postoperatorio de pacientes pediátricos en la UMAE Dr. Gaudencio González Garza del CMN "La Raza" del IMSS.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, a Médicos Anestesiólogos adscritos y Residentes de anestesiología del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza; la información obtenida mediante el instrumento de evaluación se organizó y procesó mediante el programa estadístico SPSS v.17. Medidas de tendencia central y de dispersión (media, desviación estándar) y porcentajes.

RESULTADOS

Se encontró que los médicos de base y residentes tienen bajo conocimientos en el manejo del dolor postoperatorio, sin embargo estos muestran una actitud favorable.

CONCLUSIONES

El conocimiento para el manejo del dolor postoperatorio es bajo, aunque la actitud tomada ante el mismo es favorable. Lo cual lleva a la conclusión en que el personal sanitario le falta y necesita de actualización formativa en conceptos de identificación y manejo del dolor postoperatorio

PALABRAS CLAVES

Actitud, Conocimientos, dolor en pediatría

ABSTRACT

INTRODUCTION

All people have felt pain at any given time, but few who know the impact of pain. This perception is closely linked to the attitude, which is a function of knowledge, emotions and psychological connotations, thus influencing pain management. The goal of treatment of postoperative pain is to reduce or eliminate pain and sensation of discomfort of the patient, and is now one of the most universal health problems

OBJECTIVE

To evaluate the attitude and level of knowledge among anesthesiologists to postoperative pain in pediatric patients Dr. Gaudencio Gonzalez Garza UMAE CMN "La Raza" from IMSS.

MATERIAL AND METHOD

We performed an observational study, descriptive, prospective, cross-assigned and assigned anesthesiologist anesthesiology residents at the Hospital General Dr. Gaudencio Gonzalez Garza. The information obtained from the evaluation instrument and process was organized by the statistical program SPSS v.17. Measures of central tendency and dispersion (mean, standard deviation) and percentages

RESULTS

We found that basic medical knowledge and residents are under the management of postoperative pain, yet they showed a favorable attitude.

CONCLUSION

The knowledge for the management of postoperative pain is low, but the attitude taken before the same is favorable. This leads to the conclusion that the health personnel is missing and needs to update training on concepts of identification and management of postoperative pain

KEYWORDS

Attitude, Knowledge, pain in pediatrics.

INTRODUCCIÓN

Todas las personas que habitamos este planeta hemos sentido dolor en un momento determinado, pero son pocos los individuos que conocen con profundidad las repercusiones del dolor. De acuerdo al modelo biopsicosocial, el sentirlo afecta el entorno físico, socioeconómico, cultural y psicológico de la persona que lo sufre; donde la tolerancia individual al dolor difiere significativamente de una persona a otra y guarda relación con el estado anímico y el entorno. (1,2)

En 1973 se fundó la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), la que definió este síntoma como: "una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido que se describe en términos de tal daño" (1, 2,3). Se afirma que el dolor es una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo humano cuya etiología puede ser interna o externa, que depende de experiencias previas que van incluso desde el segundo trimestre de gestación, cuando todos los mecanismos centrales de la percepción están desarrollándose. (1, 4) El dolor así como sus aspectos de percepción y de reacción, han permitido clasificarlo como una sensación importante para la autopreservación del individuo. (1).

El dolor es un síntoma subjetivo que se expresa y se percibe a través de alteraciones musculares como la mímica, los gritos y las actitudes del paciente; sus manifestaciones pueden ser secretorias y circulatorias -lágrimas, sudor, palidez, rubor, palpitaciones- así como de tipo nervioso, representadas por temblor, fiebre y convulsiones; que depende de la severidad de la lesión o la cirugía, y si no es controlada o se prolonga puede ser perjudicial y comprometer la calidad de vida de los pacientes (1,5,6).

Esta percepción del dolor no debe perpetuar los errores del pasado o inmediatos, ni suprimir lo que la investigación biomédica nos ha enseñado. Lo que se requiere es que interactúen disciplinas que han permanecido aisladas; ya que la falta de actualización perpetúa conceptos y conductas erróneas que perjudican la recuperación de los pacientes. (7)

El objetivo del tratamiento del dolor postoperatorio es reducir o eliminar el dolor y la sensación de malestar del paciente, ya que actualmente es uno de los problemas de salud más universales y la incidencia de este sigue siendo elevada y se sigue tratando de forma inadecuada debido entre otras causas a un deficiente uso de analgésicos (8, 9, 10).

La percepción que cada persona tiene está muy ligada a la **actitud** que desarrolla ante esas situaciones. La actitud se entiende como “la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positivo o negativamente” (13). La actitud que cada persona tiene ante el dolor, su forma de actuar, tanto si lo sufre como si es responsable de aliviarlo, está en función a sus conocimientos; y a las emociones y connotaciones psicológicas.

El conocimiento y la percepción del dolor que tienen pacientes, médicos, enfermeras y familiares es muy diferente, y a su vez la actitud que cada uno adopta ante el dolor puede ser diferente entre ellos mismos, influyendo en el manejo del dolor.

Por esto una de las primeras etapas de todo programa de calidad es conocer la situación de partida para poder poner en marcha medidas encaminadas a la mejora de la atención del dolor postoperatorio adecuado

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

La asociación Internacional para el estudio del dolor, lo define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, relacionada con un daño físico, real o potencial. (1) La percepción del dolor comienza desde etapas muy tempranas de la vida, y las vías neurofisiológicas para la nocicepción, desde los receptores periféricos hasta la corteza cerebral, están desarrolladas desde la semana 30 de gestación. (14) Esto solo se traduce en que el niño siente dolor y debemos estar preparados para evaluarlo y tratarlo eficazmente. (15).

En los niños menores de 2 años que no se comunican verbalmente, la evaluación del dolor es fisiológica derivada de su respuesta del estrés (taquicardia, taquipnea y sudoración palmar) y, lo más importante, la expresión facial que es el estándar de oro en la evaluación del dolor en menores de 7 años. En mayores de 7 años las escalas numéricas, análoga visual y análoga cromática pueden ser utilizadas, siempre teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS a la hora de una correcta evaluación (12). Después de clasificar si el dolor es leve, moderado o severo, se decide el tipo de analgésicos a utilizar.

El dolor en neonatos y niños pequeños, hasta hace algunos años ignorado por la medicina y la sociedad debido a diferentes factores como la dificultad para comunicar por parte del niño, la escasa preparación de los profesionales, el miedo a causar efectos adversos por la utilización de fármacos o técnicas analgésicas y la falta de tiempo para atender al paciente de un modo integral, entre otras, ha sido testigo de una explosión de interés y de una mayor reorientación de actitudes y prácticas clínicas; atendiendo no sólo al tratamiento del dolor, sino también a cómo evaluar su existencia e intensidad, las repercusiones psicológicas del mismo, los mecanismos intrínsecos de su aparición, o la atención a los padres (16, 17).

El alcance del tratamiento inadecuado o insuficiente se traduce en una importante reacción de estrés y consecuentemente una liberación de sustancias agresivas al organismo de origen catabólico, sin olvidar también los posibles efectos sobre la conducta futura del paciente. A nivel periférico, en el sitio de la herida quirúrgica, y a consecuencia de la destrucción de tejido y sensibilización de las terminaciones nerviosas, se liberan varias sustancias responsables de la producción de dolor, mismas que obligadamente deben ser bloqueadas para mantener al paciente libre de dolor.

El dolor es una experiencia que además de ser desagradable, es capaz de condicionar complicaciones que prolonguen la estancia hospitalaria, especialmente en el sistema respiratorio, además del cardiovascular y digestivo, las cuales se conoce que también se presentan en el paciente pediátrico, revistiendo mayor importancia inclusive, ya que a menor edad, los mecanismos moduladores del dolor se encuentran inmaduros, dando como resultado en el niño una percepción del dolor más intensa.

Entre el personal de salud persisten mitos sobre la presencia de dolor en los niños y sobre los efectos indeseables de fármacos excelentes para el control del dolor severo como los opioides potentes; como consecuencia estos conceptos son transmitidos a los familiares y al propio paciente, dificultando el manejo adecuado del dolor. Otro de los obstáculos es la organización hospitalaria en nuestro país y más aun el mal conocimiento; que empezamos a mejorar, donde no es una norma el contar con unidades de dolor agudo que puedan realizar un seguimiento puntual del tratamiento con lo cual se consigue un control irregular del dolor. (16, 18)

Existen algunos factores cuyo desconocimiento se asocia potencialmente a un tratamiento inadecuado del dolor destacando, desde el punto de vista farmacológico, la falta de conocimientos sobre las características de los analgésicos. Esta situación condiciona una sobrestimación del riesgo asociado al empleo de opioides, la confusión entre tolerancia, dependencia física y farmacodependencia y el frecuente uso de las pautas a demanda frente a las de intervalos fijos de administración. El temor desmesurado a las reacciones adversas de los opioides condiciona notablemente la terapéutica del dolor.

Tales efectos indeseables son bien conocidos después de muchos años de empleo pero, incluso así, el temor a la depresión respiratoria y a la farmacodependencia ha causado un miedo excesivo que limita notablemente el empleo de los opioides, especialmente la morfina. Morgan denominó como opiofobia a esta resistencia de los profesionales sanitarios a prescribir y administrar opioides. (19)

Esta situación podría justificar el hecho de que numerosos estudios confirman el uso limitado de fármacos opioides en el dolor postoperatorio, su empleo a dosis bajas, la frecuente prescripción de pautas a demanda y la baja administración de los opioides prescritos. En cambio, el empleo de los analgésicos no opioides es, en general, correcto. Junto a la citada posición de gran número de profesionales sanitarios, existen notables prejuicios de la propia sociedad sobre el empleo de morfina.

Pese a todos los temores, debe recordarse que el riesgo de dependencia en el tratamiento del dolor agudo es mínimo, posiblemente muy inferior al 0,1% en pacientes hospitalizados.

Diversos autores han comentado que existe un riesgo mayor de farmacodependencia entre los que prescriben y administran opioides que en los enfermos que los reciben. (19)

Se ha sugerido que muchas de las actividades educativas realizadas en los últimos años han servido de poco, dada la evidencia de que el dolor sigue tratado incorrectamente, pero no hay duda que no todo es un problema de mejorar los conocimientos; quizá lo más importante sea el cambio de aquellas actitudes que han demostrado ser desfavorables para el tratamiento del dolor. (19,20)

Existen ciertas actitudes erróneas que pueden dificultar el alivio del dolor en los pacientes. En España, varios estudios han analizado cómo las actitudes de los profesionales sanitarios pueden afectar el desarrollo de la terapéutica antiálgica. Sus resultados son similares a los obtenidos por autores de otros países, lo que indica que, al menos en este aspecto, la situación es muy semejante en los países occidentales.

Se asume que el dolor es un hecho generalmente inseparable de la enfermedad o de las intervenciones quirúrgicas, lo que condiciona actitudes negativas respecto a su tratamiento. Así mismo, existe una percepción inadecuada de la intensidad del dolor de los pacientes por parte de los profesionales sanitarios tanto médicos como enfermeras, lo que condiciona indudablemente la eficacia del tratamiento. Otro aspecto negativo es la consideración del dolor como un síntoma guía del diagnóstico o del seguimiento de un determinado cuadro clínico. Este hecho, que posiblemente era necesario en años pasados cuando los datos semiológicos tenían un considerable valor, es ahora difícilmente defendible en muchos casos por la existencia de métodos diagnósticos que obvian tal necesidad.

Una situación frecuente en la que se mezclan elementos de conocimientos y de actitudes erróneas la constituye la elección de las pautas a demanda frente a las de intervalos fijos. Aunque el empleo de éstas en el dolor crónico es un hecho aceptado de forma casi unánime, no ocurre lo mismo con el dolor agudo.

El problema subyace quizás en diferenciar dos tipos de dolor agudo: el ocasional y el previsible. El primero de ellos aparece de forma espontánea y su duración es difícilmente previsible, aunque por lo general dura algunas horas. Un problema distinto lo constituye el dolor agudo previsible, que se distingue porque puede establecerse con relativa seguridad el período de tiempo en que va a constituir un problema clínico. Esta definición incluye a los dolores genuinamente agudos, como el postoperatorio (2); el cual en la mayoría de los centros hospitalarios se maneja con la prescripción por razón necesaria, dando por resultado un manejo insuficiente del dolor en el paciente pediátrico.

Sin embargo, numerosos médicos y enfermeras son reacios a prescribir o administrar regularmente analgésicos en estas entidades clínicas y prefieren con excesiva frecuencia las pautas a demanda, la cual es especialmente desfavorable para la atención de los pacientes con dolor postoperatorio, la intensidad del cual es elevada en la mayoría de ellos durante las primeras 24 h. Por otro lado, el dolor postoperatorio no constituye un todo único y, además de la variabilidad de respuesta de los pacientes, debe considerarse el tipo de intervención y el procedimiento anestésico empleado. (19)

El manejo del dolor está considerado como uno de los derechos humanos. No es aceptable que un paciente sufra de un síntoma esperado, prevenible y fácilmente controlable en la mayoría de los casos. Nuestra misión como médicos es luchar contra el dolor y el alivio de éste no es solo un deber moral como médicos sino un derecho del niño. (21,22)

La norma actual debe ser la capacitación continua y la organización adecuada para garantizar un postoperatorio confortable, limitar las complicaciones y favorecer una rápida recuperación, independientemente de la edad o condición del paciente. El anestesiólogo es una parte clave para conseguir este propósito, por lo que queda en cada uno de nosotros el tomar las acciones que nos corresponden para lograrlo. (21)

Numerosos estudios dirigidos a identificar aquéllos cuestionarios validados para medir de alguna forma percepciones y actitudes relacionadas con el dolor y su manejo. De éstos 90%, corresponde a estudios observacionales que se centran en pacientes 75% en personal sanitario 38% médicos, 21% enfermeras, siendo el grupo de familiares el menos estudiado. Se han elaborado tablas de evidencia con el estado actual de la percepción y actitud ante el dolor postquirúrgico, en éste rubro, las ideas se han clasificado a su vez teniendo en cuenta los diferentes grupos de estudio y se han obtenido algunas conclusiones como: Percepción; los pacientes tienen dolor después de la cirugía, no se logra llevarlo a cero, este dolor además de ser superior a lo esperado, afecta a los apacientes y a sus familiares en distintos aspectos de su calidad de vida. Actitudes: La actitud de los pacientes dificulta el manejo del dolor, por ejemplo pedir o rechazar la analgesia, los pacientes se conforman con un alivio moderado del dolor. El personal de enfermería tiene una formación deficiente con respecto al dolor, se evalúa el dolor de forma subjetiva, sin protocolos o instrumentos de evaluación, se estima el dolor en función de variables psicológicas, signos vitales, aspecto del paciente. Los médicos a su vez también tiene un manejo insuficiente, el objetivo principal de los médicos es establecer el diagnóstico y no la eliminación completa del dolor. Son diferentes las razones que argumentan los médicos para el mal manejo de dolor, como es la falta de comunicación de ellos con el paciente, de enfermería con el médico o el paciente y con el propio médico, pero, principalmente por la falta

de conocimientos sobre prescripción insuficiente, miedo a la adición, a efectos secundarios y pautas de manejo analgésico inadecuadas o insuficientes, relacionadas también al miedo a que la analgesia enmascare síntomas de alguna complicación postoperatoria.

Las actitudes que manifiestan los anesthesiólogos durante el desarrollo de las distintas actividades son las eternas olvidadas a la hora de evaluarlos. Se debiera pensar en actividades de evaluación para los distintos dominios, integradas totalmente en el proceso de aprendizaje. Pueden utilizarse videos filmados por el propio personal médico para registrar actividades en el momento de la evaluación de destrezas y actitudes, lo que supera ampliamente a los métodos tradicionales, como las guías de observación de clase, encuestas, escalas de evaluación o incluso fichas con diferentes categorías para la observación de procesos en ciencias, o diseños que establecen criterios.

Los videos pueden constituir un valioso material que, permita a sus protagonistas realizar posteriormente la auto y co evaluación de sus procedimientos

Teniendo en cuenta clasificaciones propuestas por diferentes autores se han realizado modificaciones relacionadas con la particularidad del tema, y se ha propuesto en otras agrupar las actitudes en categorías, las cuales pueden ser positivas, inferidas de las ideas convergentes surgidas de los errores detectados. (23)

En la actitud adquiere además gran importancia la responsabilidad, por lo cual es necesario fortalecer actitudes de responsabilidad. Si bien no existe un proyecto de educación actitudinal, es un hecho cierto que las actitudes y valores, como expresión del contexto sociocultural-familiar en el que se vive, son transmitidas incontrolada e implícitamente por la sociedad, la familia y el profesorado, y por el ambiente y las relaciones vividas. (23,24)

Los especialistas sostienen que la evaluación de las actitudes y valores no debe estar centrada tanto en el qué (simple conocimiento) como en el para qué, es decir, en valorar el grado en que las actitudes y valores promovidos han sido comprendidos, no para emitir una calificación moral, sino más bien para planificar y decidir las acciones educativas siguientes más adecuadas. (24)

Actualmente existen seis instrumentos validados para medir percepciones, actitudes y manejo de dolor en paciente y cuatro para enfermería, ninguno de ellos está adaptado para su uso en médicos u otros perfiles de modo que permitan la comparación entre grupos.

Poder plantearnos una visión objetiva de los problemas relacionados con el tratamiento del dolor posquirúrgico a través de la revisión de la literatura es insuficiente, se hizo necesaria la medición directa en el ámbito de experiencia que es el área de anestesiología, construir un instrumento que mide el grado de conocimientos en los anestesiólogos y compararlo con la actitud que tienen ante el dolor postquirúrgico nos logro dar una aproximación del área de oportunidad que tenemos para influir en la formación de profesionales comprometidos con la atención con calidad de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Objetivo.

Evaluar la actitud y el grado de conocimiento que tienen los médicos anestesiólogos ante el dolor postoperatorio de pacientes pediátricos en la UMAE Dr. Gaudencio González Garza del CMN “La Raza” del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

Diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal a todos los médicos anestesiólogos adscritos del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del CMN “La Raza”, se incluyeron todos los turnos y fines de semana así como médicos residentes de primero, segundo, tercer y cuarto año; a quienes se aplicó un instrumento para evaluar el grado de conocimientos el cual fue construido y validado expresamente para presente investigación; en pacientes pediátricos; así como un instrumento que ha demostrado mide actitud del médico ante el dolor. La aplicación fue de forma anónima y en una sola exposición. No se incluyeron aquellos que se encontraban de vacaciones y no quisieron participar en el estudio; se excluyeron a quien no entregó los cuestionarios completos. Una vez realizado esto, se aplicaron las escalas con el cuestionario de conocimiento en dolor tomando como excelente una puntuación del 100%, regular del 80 al 99% y bajo menor del 80%; y con el cuestionario de actitud tomando como actitud favorable a aquellos con más del 50% de reactivos con respuesta favorables y actitud no favorable aquellos con menos del 50% de reactivos con respuestas favorables.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se recogieron las encuestas y se registraron las variables a través del Programa SSPS versión v.17. Medidas de tendencia central y de dispersión (media, desviación estándar) y porcentajes. También se registró con el mismo sistema la escala de actitud. El instrumento para evaluar el **grado de conocimientos** posee un grado del 97% de confiabilidad y validez el cual se obtuvo del artículo para **medir actitudes** realizado por Fernández Galinski, 2007, y modificado por Gallardo y Gutiérrez, 2010. (Ver anexo)

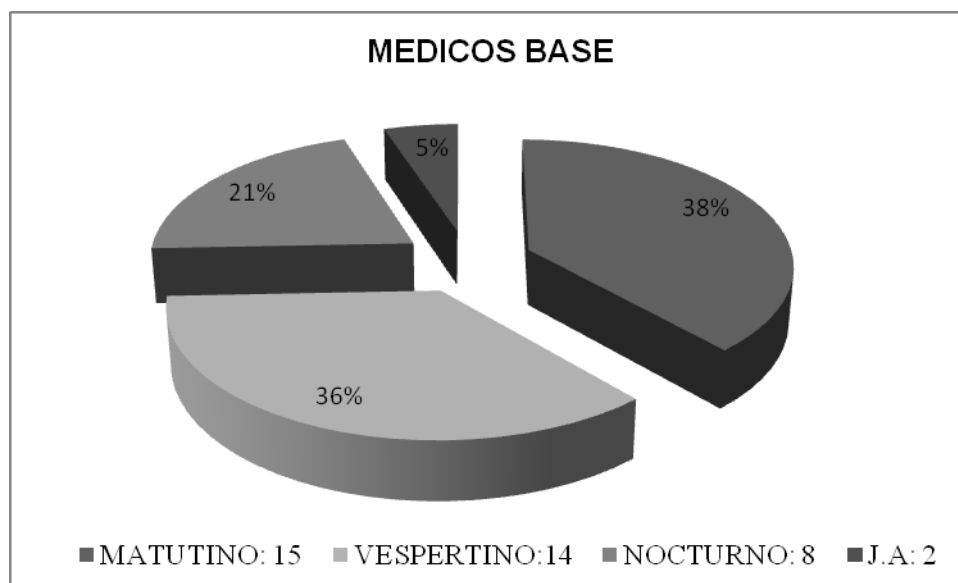
RESULTADOS

Durante nuestro estudio se aplicaron un total de 34 encuestas de conocimientos y actitud sobre el dolor de las cuales 22 fueron aplicadas a médicos de base adscritos al Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del CMN “La Raza” y 12 a médicos residentes adscritos al mismo hospital.

Del total de 39 médicos que integran la plantilla del hospital, 15 son del turno matutino, 14 del turno vespertino, 8 de turno nocturno y 2 de la Jornada Acumulada, (Figura 1 y 2), de los cuales no se incluyó a siete por encontrarse de vacaciones, cuatro no aceptaron participar y seis no estaban en funciones al momento del estudio mientras que en el caso de los médicos residentes se incluyó al total de los que se encontraban adscritos al hospital en el momento del estudio. Siendo estos de primer año 4, del segundo 6, tercero uno y cuarto año uno.

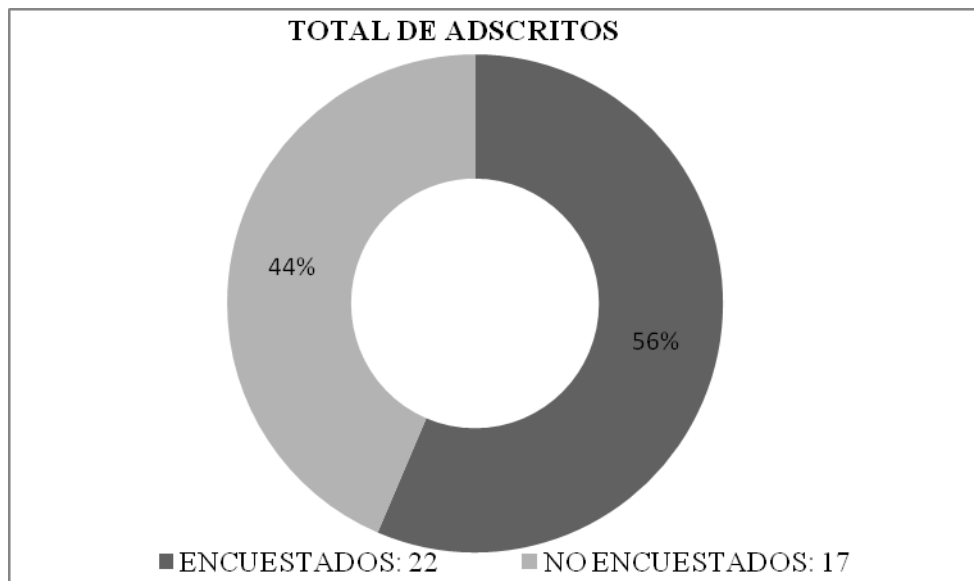
Obteniendo de esta manera el total de nuestras 34 encuestas de conocimientos y actitud: 22 a médicos adscritos y 12 a médicos residentes (Figura 4 y 5). Se encontraron diferencias estadísticas en cuanto a los datos demográficos

Figura 1. Distribución del total de médicos adscritos a los diferentes turnos



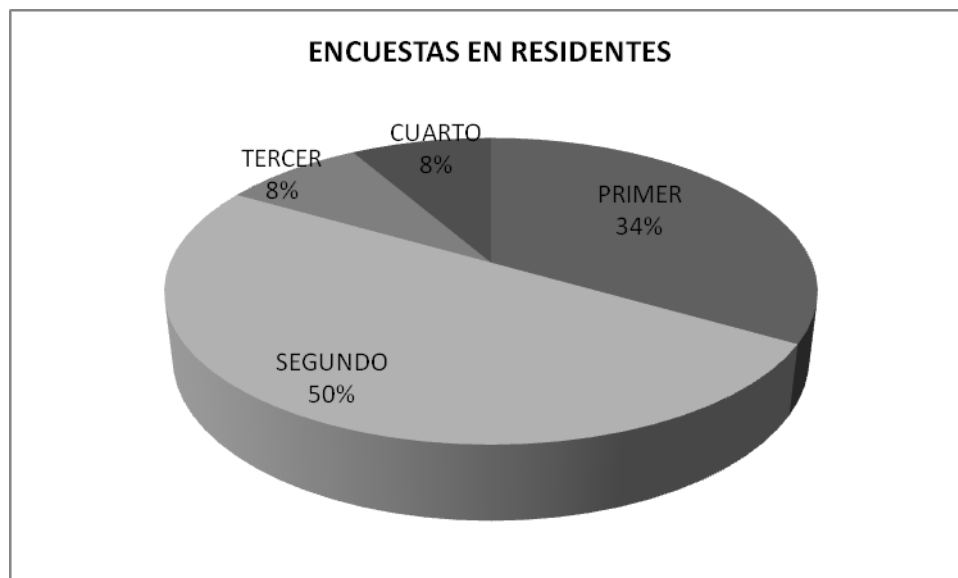
- J.A. Jornada Acumulada

Figura 2. Total de médicos adscritos



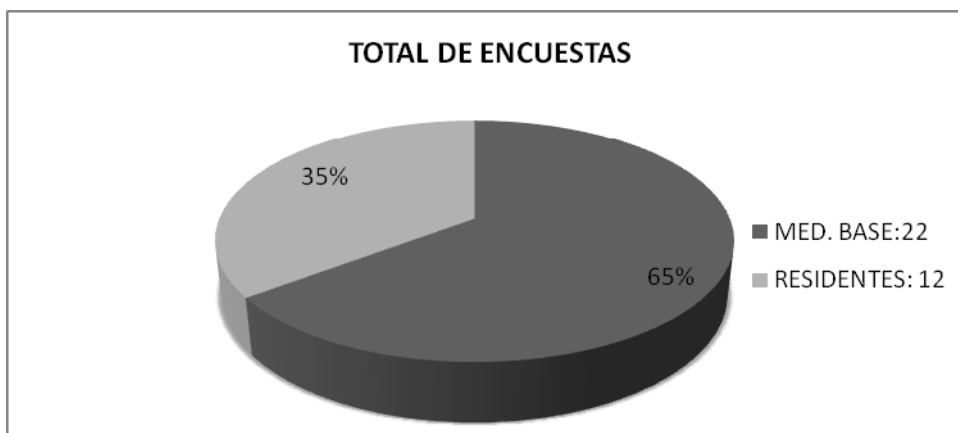
- Distribución de acuerdo a los que participaron en nuestro estudio.

Figura 3. Total de médicos residentes de anestesiología encuestados



- Total de médicos residentes en anestesiología fueron 12

Figura 4. Total de encuestas de acuerdo a categorías



- Total de 34 encuestas de conocimiento y actitud aplicadas.

En las 34 encuestas se encontraron diferencias estadísticas en cuanto a los datos demográficos de edad (Cuadro 1) y sexo (Cuadro 2).

Cuadro 1. Distribución demográfica de acuerdo a edad y categorías.

Categoría	Edad (Media y DE)
Base	43.77 ± 9.6
R1	27.00 ± 2.7
R2	28.50 ± 1.6
R3	31.00 ± 0
R4	29.00 ± 0
Total	38.29 ± 10.8

- Prueba Estadística ANOVA
- Valor medido desviación Estándar
- Valor de P 0.001

Nuestras 34 encuestas se analizaron con Estadística descriptiva: desviación estándar y promedio. En la cual se encontró una edad promedio en los médicos de base de 43.77 +/- 9.6 años, en R1 27 +/- 2.7 años, R2 28.5 +/- 1.6 años, R3 31 años y R4 29 años promedio total de 38.29 +/- 10.85 años, con un valor de P de 0.001.

La antigüedad en médicos de base fue 12.45 +/-9.33, en R1 2.25 +/- 1.89, en R2 2 años, en R3 3 años y R4 5 años; de promedio total de 8.91 +/- 8.92 años, con valor de P < 0.03.

Para nuestra variable de sexo se utilizó para su análisis la estadística descriptiva y los porcentajes, siendo nuestra prueba estadística la chi cuadrada de Pearson, obteniendo como resultado un valor de P de 0.5.

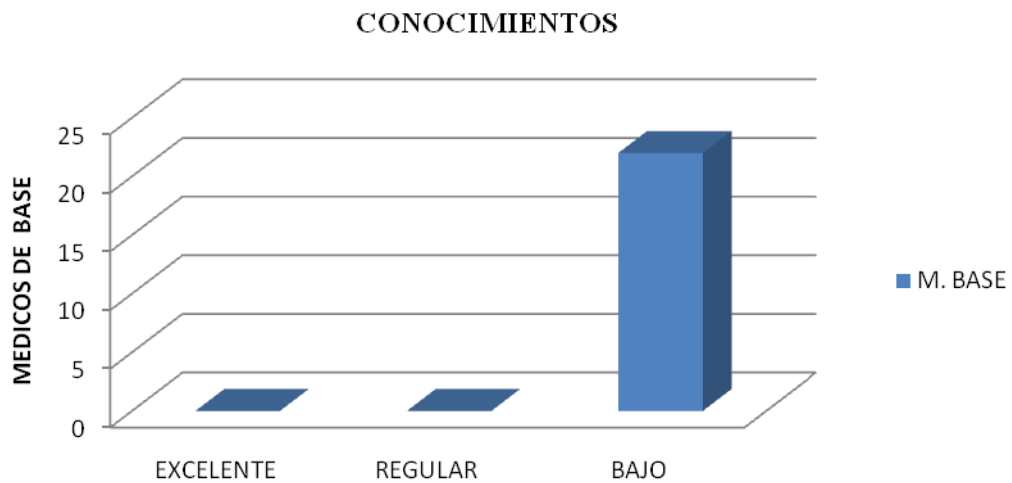
Cuadro 2. Distribución por sexo de acuerdo a las diferentes categorías

			Sexo		Total
			femenino	masculino	
Categoría	Base	Recuento	11	11	22
		% del total	32.4%	32.4%	64.7%
R1	Recuento	1	3	4	
	% del total	2.9%	8.8%	11.8%	
R2	Recuento	3	3	6	
	% del total	8.8%	8.8%	17.6%	
R3	Recuento	0	1	1	
	% del total	.0%	2.9%	2.9%	
R4	Recuento	1	0	1	
	% del total	2.9%	.0%	2.9%	
Total	Recuento	16	18	34	
	% del total	47.1%	52.9%	100.0%	

- R1, residente de primer año en anestesiología, R2 residente de segundo año en anestesiología, R3 residente de tercer año en anestesiología, R4 residente de cuarto año en anestesiología Pediátrica.
- Valor de P de 0.05

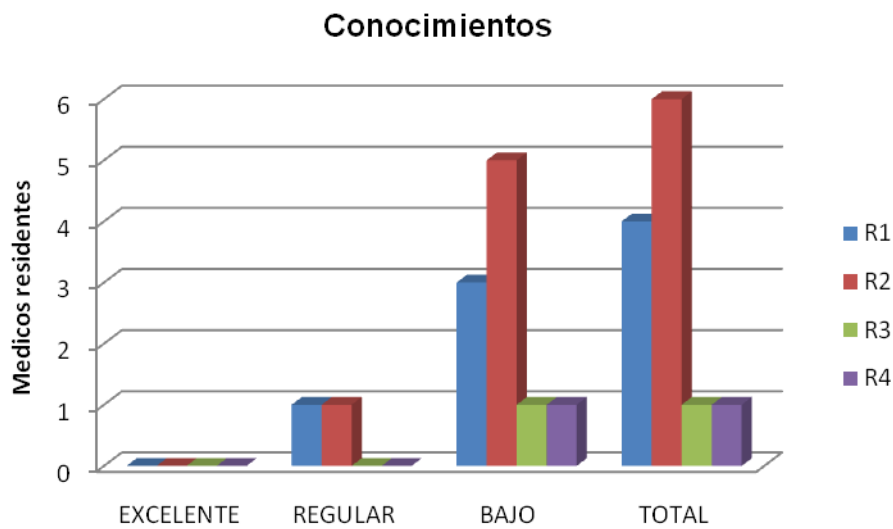
En nuestro estudio encontramos que los médicos de base de los diferentes turnos tienen bajos conocimientos del dolor postoperatorio, esto quizá sea más justificable en el turno vespertino, y nocturnos debido a que la mayor población pediátrica se encuentra en el turno matutino, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ellos. (Grafica 1)

Grafica 1. Conocimientos de los médicos de Base



En los médicos residentes de los diferentes años, se encontró que la evaluación de sus conocimientos del dolor postoperatorio fue de regular a bajo, en un 16.6% y 83.33% respectivamente. Esto quizás porque ellos se encuentran aun en etapa formativa y por lo tanto la información que tienen es reciente y actualiza (Grafica 2).

Grafica 2. Conocimientos en los médicos residentes



Encontrando así en nuestro estudio que los médicos base y residentes tiene bajo conocimientos en un 94.1% y regular en un 5.9% con valor de $P < 0.24$. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Resultados de la encuesta de conocimientos en dolor postoperatorio.

Categoría	Conocimientos Total/Porcentaje			Total
	Excelente	regular	Bajo	
Base	0/0%	0/0%	22/64.7%	22/64.7%
R1	0/0%	1/2.9%	3/8.8%	4/11.8%
R2	0/0%	1/2.9%	5/14.7%	6/17.6%
R3	0/0%	0/0%	1/2.9%	1/2.9%
R4	0/0%	0/0%	1/2.9%	1/2.9%
Total	0/0%	2/5.9%	32/94.1%	34/100.0%

- Excelente una puntuación del 100%, regular del 80 al 99% y bajo menor del 80%.
- Valor de P de < 0.24

En cuanto a la evaluación de la actitud en los médicos de base y médicos residentes de los diferentes años, se encontró que todos ellos tienen una actitud favorable frente al dolor postoperatorio de los pacientes pediátricos. Evaluando como Actitud Favorable a aquellos con más del 50% de reactivos con respuesta favorables y actitud no favorable aquellos con menos del 50% de reactivos con respuestas favorables (Cuadro 4)

Cuadro 4. Resultados de la encuesta de actitud ante el dolor postoperatorio aplicadas a los médicos de Base adscritos al Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del CMN “La Raza” del IMSS y a los médicos residentes en anestesiología.

CATEGORÍA		Actitud		Valor de p
		No Favorable	Favorable	
Base	Recuento	0	22	K
	% del total	0%	64.7%	
R1	Recuento	0	4	K
	% del total	0%	11.8%	
R2	Recuento	0	6	K
	% del total	0%	17.6%	
R3	Recuento	0	1	K
	% del total	0%	2.9%	
R4	Recuento	0	1	K
	% del total	0%	2.9%	
Total	Recuento	0	34	K
	% del total	0%	100.0%	

- Actitud Favorable a aquellos con más del 50% de reactivos con respuesta favorables y actitud no favorable aquellos con menos del 50% de reactivos con respuestas favorables,
- k.- valor constante por lo que no se realiza análisis estadístico

DISCUSIÓN.

El objetivo del tratamiento del dolor postoperatorio es reducir o eliminar el dolor y la sensación de malestar del paciente, ya que actualmente es uno de los problemas de salud más universales y la incidencia de este sigue siendo elevada situándose entre el 46 y 53% y se sigue tratando de forma inadecuada debido entre otras causas a un deficiente uso de analgésicos (8, 9, 10) por teorías erróneas en los niños en las que se afirma que la presunta inmadurez que tiene el SNC del neonato hacía pensar que conllevaba una menor percepción del dolor y por tanto no requería una atención importante. (12).

Los falsos concepto, unidos a la imposibilidad del pequeño para manifestar la magnitud de su dolor y la poca capacidad del personal médico para interpretarlo ha conducido a que los pacientes pediátricos reciban menor analgesia durante los eventos quirúrgicos.

Nuestro estudio coincide con lo descrito por Fernández-Galinski (7) en el cual se observó que el personal desconocía el manejo de opiáceos por vía intramuscular o intravenosa, y en donde el temor a los efectos indeseables de los mórnicos, condicionaba su administración.

Fernández-Galinski y col (7), en el mismo estudio demostraron que solo el 53% de los médicos sabía que el dolor postoperatorio podía ser causa de retraso en la motilidad gastrointestinal, lo cual no coincide con nuestros resultados en donde el 94.1% conoce de esta alteración frente al dolor postoperatorio. Sin embargo al evaluar el conocimiento en general del manejo del dolor y del uso de analgésicos en el mismo es bajo en el 94.1% de los médicos y regular únicamente en el 5.9%.

Cavallieri (20), menciona que el control del dolor en niños debe ser de tipo multimodal, y se fundamenta en el conocimiento y uso principal de cuatro tipos de fármacos: anestésicos locales, opioides, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y acetaminofeno, lo cual no coincide con nuestros resultados en cuanto el uso y conocimientos de los analgésicos para el control del dolor postoperatorio, ya que el control del dolor se basa casi exclusivamente en el uso de AINES.

Petrak en el artículo de M. Cruz, (22) encuentra que las dosis de analgésicos son insuficientes en el 2% de los adultos tratados, pero este porcentaje se eleva al 27% para los niños. Lo cual coincide con nuestros resultados ya que las dosis de los analgésicos usados son generalmente menores y por lo tanto con una analgesia insuficiente.

El dolor pediátrico es un problema complejo debido a características propias de este grupo etario. La evaluación del nivel de dolor y del resultado del tratamiento puede ser

excepcionalmente difícil, especialmente en pacientes en etapa preverbal, y por lo tanto se recomienda usar en forma rutinaria escalas estandarizadas y validadas para este efecto. (20)

La educación y conocimiento del manejo del dolor postoperatorio debe perseguir de acuerdo con Costamagna (23) un desarrollo completo y armónico de las personas, que incluya la promoción del pensamiento crítico y que capacite para formarse opiniones propias o adoptar decisiones.

Las actitudes son tendencias o predisposiciones con componentes cognitivos y conductuales, pero sobre todo emotivos; positivos y negativos, hacia un determinado objeto de actitud. En nuestro estudio se observó una actitud positiva o favorable frente al dolor del paciente pediátrico en un 100% de las encuestas realizadas. Esto de acuerdo a la escala utilizada de Actitud Favorable y No Favorable

En suma, las actitudes frente al dolor postoperatorio en el paciente pediátrico no reflejan leyes demostradas empíricamente sino sistemas de valores, cuya evaluación no puede objetivarse ni calificarse con sencillez. Lo cual coincidió con nuestro estudio al evaluar las encuestas de actitud.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio podemos concluir con lo siguiente:

- 1.- El conocimiento para el manejo del dolor postoperatorio en pacientes pediátricos es bajo
- 2.- La evaluación de la actitud ante el mismo resultado favorable.
- 3.-Esto nos lleva a la conclusión de que a pesar de tener una actitud favorable al personal sanitario le falta actualización formativa en conceptos de identificación y manejo del dolor postoperatorio.

La norma actual debe ser la capacitación continua y la organización adecuada para garantizar un postoperatorio confortable, limitar las complicaciones y favorecer una rápida recuperación, independientemente de la edad o condición del paciente. El anestesiólogo es una parte clave para conseguir este propósito, por lo que queda en cada uno de nosotros el tomar las acciones que nos corresponden para lograrlo, y dejar a un lado uno de los mayores males que nos acecha a los médicos clínicos: *el engreimiento*. (24)

Dado lo anterior se propone en un siguiente nivel de estudio para trabajos posteriores, una capacitación continua en un modelo de escalera comenzando con el personal de base para que estos a su vez transmitan y apliquen esta información de manera conjunta directamente sobre el paciente, con la finalidad de mejorar la atención oportuna del dolor en el periodo postoperatorio inmediato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dolor en Pediatría. El dolor y su significado a través de la historia. http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx//el_dolor.htm
2. Clemente M. Villoria. Aspectos Socioeconómicos Del Dolor. Universidad de Salamanca. Sep. 2006. Pp. 1-137
3. Dinerstein A., Brundi M. El Dolor En El Recién Nacido Prematuro. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 1998; 17: 97-192
4. Bayter M. J. Enrique y Cols. Dolor en niños: como evaluarlo y tratarlo eficazmente. MEDUNAM. Vol. 4 Núm. 10-Abril del 2001. pp. 1-10
5. Tomas J. Desarrollo de la percepción del dolor y bases de su control. Centre Londres 94, Psiquiatría-Paidopsiquiatria en: <http://www.centrelondres.htm>
6. Bolívar, E. Cátala, R. Cadena. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Rev. Esp. Anestesia. Reanim 2005; 52: 131-140
7. Fernández-Galinski D. L. y Cols. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor vol. 14, No 1, 2007. Pp. 3-8.
8. Muñoz-Blanco F y Cols. Complications of postoperative pain. Rev. Soc. Esp Dolor 2001; 8: 194-211
9. F. L. Vilanova. Cardenal. Calidad en la asistencia al dolor: un derecho de los pacientes. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, pp. 9-11
10. Guevara-López U y cols. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. Cir Ciruj 2005;73: 223-232
11. Gancedo García C y Cols. Curso de formación continua en Dolor en Pediatría. Revista de educación integral del pediatra extra hospitalario. Madrid, 2008. Pp1-26.
12. Molina, Sagaseta M; Busto N et al. Tratamiento del dolor en pediatría hospitalaria. ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (1): 37-45
13. Montoya y col. TAISS. Percepciones y actitudes ante el dolor postquirúrgico de pacientes, familiares, enfermeras y médicos. 2003. pp. 1-103. <http://www.taiss.com/curso-dolor-05-milena-gobbo-infradolor>
14. Balderas Martínez A. Dolor Agudo Postoperatorio en Niños. Rev. Mexicana de Anestesiología. 1995;18: 145-150
15. Hernández Cortez E y Cols. Manejo del dolor postoperatorio en niños. pp1-22
16. Fernández-Baena M y cols. Relevance of pediatric pain in the scientific literature. Rev. Soc. Esp. Dolor 2000; 7: 279-284.

17. Josep-Eladi Baños I Díez. Medición Del Dolor Y El Sufrimiento En Personas Con Déficit De Comunicación: Niños Preverbales, Ancianos Con Demencia Y Personas Mentalmente Discapacitadas. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona (España), pp. 39-52
18. Montes A. y cols. Los profesionales sanitarios ante el dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor 2: 75-82; 2008
19. J.E. Baños y F. Bosch Problemas específicos de la terapia antiálgica en el medio hospitalario. Departamento de Farmacología y Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra. Med Clin (Barc) 1996; 106: 222-226
20. S. Cavallieri B. y cols. Dolor Agudo Post-Quirúrgico en Pediatría. Evaluación Y Tratamiento, REV. MED. CLIN. CONDES - 2007; 18(3) 207 – 216
21. Gordillo-Álvarez. Manejo perioperatorio del dolor en el paciente pediátrico, Rev. Mexicana de anestesiología. Vol. 29. Supl. 1, Abril-Junio 2006 pp. 204-06
22. M. Cruz. Fundamentos actuales de la terapéutica del dolor en Pediatría. BOL PEDIATR 1999; 39: 186-196
23. Costamagna. Método de evaluación de actitudes en una práctica contextualizada. Argentina. <http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17>
24. Manassero, M. Antonia, Vázquez A. Instrumentos y Métodos para la evaluación de las actitudes relacionadas con la ciencia, la tecnología y la sociedad. Enseñanza de las ciencias, 2001, 20 (1), 15-27

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”
DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “EVALUACIÓN DE LA ACTITUD Y GRADO DE CONOCIMIENTOS DE LOS MÉDICOS ANESTESIÓLOGOS ANTE EL DOLOR POSTOPERATORIO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LA UMAE “DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ DE LA GARZA” DEL CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hago constar que se me ha explicado que este proyecto se ha sometido al Comité de Ética e Investigación en salud de la UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” Centro Médico Nacional “La Raza” registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: **R-20103502-48** cuyo objetivo es evaluar la actitud y el grado de conocimiento que tienen los médicos anestesiólogos ante el dolor de pacientes pediátricos en la UMAE DR. Gaudencio González Garza del CMN “La Raza”. Y en el cual me encuentro participando de forma libre, se me ha explicado también que mi participación es anónima y que en caso de así requerirlo podré tener acceso al resultado de mi participación.

Nombre y firma

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO I:

Sexo: ____ Edad: ____ Residente: ____ Médico de base: ____ Turno ____ Piso ____
Antigüedad ____

Instrucciones: Marque sólo la respuesta que considera correcta, este cuestionario es anónimo

Por favor conteste este cuestionario con sinceridad y honestidad.

1.- Cuando Ud., realiza su valoración pre anestésica, pregunta a su paciente si tiene dolor?

- a) Nunca b) A veces c) Casi siempre d) Siempre

2.- ¿Cuándo Ud., revisa el expediente clínico, revisa si su paciente recibió previamente analgésico?

- a) Nunca b) A veces c) Casi siempre d) Siempre

3.- Cuando Ud., revisa el expediente clínico, revisa cuanto y a qué hora recibió la última dosis de analgésico.

- a) Nunca b) A veces c) Casi siempre d) Siempre

4.- ¿Durante su manejo anestésico Ud. Considera la utilización de analgésico?

- a) Nunca b) A veces c) Casi siempre d) Siempre

5.- En caso de utilizar analgésico, ¿durante qué momento lo administra?

- a) Antes de que inicie la cirugía b) Durante la cirugía c) Cuando termina la cirugía
d) En recuperación

6.- ¿En su nota de valoración pre anestésica Ud. Anota la intensidad de dolor de su paciente?

- a) Nunca b) A veces c) Casi siempre d) Siempre

7.- En caso de seleccionar un analgésico, mencione los 3 más utilizados, en orden de uso

PRIMERO _____

SEGUNDO _____

TERCERO _____

8.- ¿Cuándo usted, extuba a su paciente, le pregunta si tiene dolor?

- a) Nunca b) A veces c) Casi siempre d) Siempre

9.- ¿Cuándo Ud. Firma el alta de su paciente a recuperación, le pregunta si tiene dolor?

- a) Nunca b) A veces c) Casi siempre d) Siempre

10.- Usted ha considerado la dependencia a los narcóticos en el paciente pediátrico antes de tratar el dolor

- a) Nunca b) A veces c) Casi siempre d) Siempre

11.- En su nota de valoración post anestésica. ¿Ud. anota la intensidad de dolor de su paciente?

- a) Nunca b) A veces c) Casi siempre d) Siempre

12.- El metamizol pertenece a la familia de:

- a) Aine b) opioides c) alfa-2-agonista d) anestésico e) opiáceo

13.- El clonixinato de lisina pertenece a la familia de:

- a) Aine B) opioides c) alfa-2-agonista d) anestésico e) opiáceo

14.- Mencione una escala de dolor que puede utilizar en adultos

15.- Dextropropoxifeno pertenece a la familia de:

- a) Aine B) opioide c) alfa-2-agonista d) anestésico e) opiáceo

16.- Mencione una escala de dolor que puede utilizar en pacientes pediátricos

17.- ¿Ketorolaco pertenece a la familia de?

- a) Aine B) opioides c) alfa-2-agonista d) anestésico e) opiáceo

18.- ¿Tramadol pertenece a la familia de?

- a) Aine B) opioides c) alfa-2-agonista d) anestésico e) opiáceo

19.- ¿Buprenorfina pertenece a la familia de?

- a) Aine B) opioides c) alfa-2-agonista d) anestésico e) opiáceo

20.- ¿Dexmedetomidina pertenece a la familia de?

- a) Aine B) opioides c) alfa-2-agonista d) anestésico e) opiáceo

21.- ¿Paracetamol pertenece a la familia de?

- a) Aine B) opioides c) alfa-2-agonista d) anestésico e) opiáceo

22.- Cual es la dosis de metamizol?

- a) 5- 10 mg/kg b) 10 -20 mg/kg c) 20-30 mg/kg d) 10-30mg/kg
e) 10- 17 mg/kg.

23.- ¿En un paciente de 20kg cuál es la dosis de Ketorolaco I.V. que aplica?

- a) 25mg b) 50mg c) 75mg d) 100mg e) 30 mg

24.- En un paciente pediátrico de 35 kg, ¿Cuál es la dosis de morfina I.V. que aplica?

- a) 25mg b) 50mg c) 7mg d) 100mg e) 30 mg

25.- El tipo de dolor en un paciente pediátrico postoperado de amigdalotomía es

- a) Agudo b) nociceptivo somático c) neuropático d) psicógeno
e) nociceptivo visceral

CUESTIONARIO II:

Se da información escrita referente a aspectos relacionados con el dolor, durante la estancia hospitalaria del paciente

- a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido
2. Se da información no escrita referente a aspectos relacionados con el dolor durante la estancia hospitalaria del paciente
 - a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido
3. El personal sanitario de tu servicio conoce su responsabilidad en actuar y promover una atención sin dolor
 - a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido
4. Los médicos y enfermeras han recibido formación sobre cómo abordar el dolor del paciente
 - a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido
5. Se pregunta específicamente al paciente sobre el estado de dolor en la visita al paciente ingresado
 - a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido
6. Se utiliza el sistema CATEGORICO para objetivar el dolor
 - a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido
7. Se utiliza el sistema EVA Escala visual Analógica para categorizar el dolor
 - a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido
8. Se utiliza algún otro sistema puedes anotarlo en observaciones
 - a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido
9. Existe un protocolo de actuación en el tratamiento del dolor
 - a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido
10. Se aplica de manera sistemática según pautas fijas
 - a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido
11. Se aplica de manera sistemática solo según pautas de rescate
 - a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido
12. Se aplica según la Escalera de la OMS Organización Mundial de la Salud
 - a) Siempre/casi siempre b) algunas veces c) Nunca/casi nunca d) Desconocido

ESCALAS DE ACTITUD. Cuestionario III.

El dolor mal controlado en el postoperatorio es causa de:

- | | | |
|---|--------|--------|
| a) Función respiratoria deficiente, retención de secreciones, atelectasia, neumonía | 1.- Si | 2.- No |
| b) Incremento de la respuesta autonómica, aumento de la FC y TA | 1.- Si | 2.- NO |
| c) Alteración de la respuesta del sistema inmunológico | 1.- Si | 2.- NO |
| d) Alteración de la cicatrización | 1.- Si | 2.- NO |
| e) Retraso de la movilidad intestinal | 1.- Si | 2.- NO |
| f) Retraso en la deambulación y rehabilitación | 1.- Si | 2.- NO |
| g) Si le comunican que su paciente refiere dolor, decide usted la pauta analgésica | 1.- Si | 2.- NO |
| h) Prefiere seguir protocolos para tratar el dolor postoperatorio | 1.- Si | 2.- NO |