



Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Informe de Investigación

**Conocimiento que poseen los estudiantes del 3er año del Área de Cirugía de la
Facultad de Odontología frente a la actitud que debe asumir en presencia de un
paciente en estado de shock anafiláctico**

Autores:

Cisneros G., Karla Andreina

Fagúndez C., Eleazar Omar.

Tutor de contenido: Dr. Rogelio Jiménez

Tutor metodológico: Milagro García

Abril 2006



*Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Informe de Investigación*

CARTA DE APROBACIÓN

En carácter de tutor (es) del trabajo final de Investigación Titulado “Conocimiento que poseen los estudiantes del 3er año del Área de Cirugía de la Facultad de Odontología frente a la actitud que debe asumir en presencia de un paciente en estado de shock anafiláctico” presentado por los (as) bachiller (es) Cisneros G., Karla Andreina y Fagúndez C., Eleazar Omar., consideramos que dicho trabajo de Investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser aprobado y sometido a presentación pública y evaluación.

En la ciudad de Valencia, a los 06 días del mes de Abril de 2006.

*TUTOR DE CONTENIDO
Dr. Rogelio Jiménez*

*TUTOR METODOLÓGICO
Prf. Milagro García*

DEDICATORIA

A Dios por darme salud y fortaleza las veces que lo he necesitado. A mi familia especialmente mis padres que me han apoyado tanto en la parte emocional como económica durante estos 5 años de carrera a ellos les debo lo que soy ahora, a mis hermanos Monika y Francisco Javier porque me han demostrado que para obtener las cosas que queremos debemos perseverar sin importar los obstáculos de igual forma mi cuñado Juan José al que quiero mucho y admiro, a mis abuelitos que me han brindado mas que amor. A mis compañeros de clases con los que he compartido mas que la universidad y he descubiertos mundos nuevos.

A Luís Alejandro por haberme inspirado los últimos años de mi carrera, a Eleazar Fagundez por haberme apoyado durante la realización de nuestra tesis y hacerme reír cuando lo he necesitado al igual que mi Gerar.

A todos los que no pueden compartir este logro físicamente conmigo pero que se que se enorgullecen desde el lugar en donde estén.

Y finalmente a la vida la cual me ha enseñado cosas que me han llevado a ser el ser humano que soy hoy en día.

Karla.Cisneros.G

DEDICATORIA

"Poseemos los elementos técnicos necesarios para cambiar el mundo, pero la mayoría de nosotros no tenemos las actitudes que pueden lograr este cambio".

H.C. TRIANDIS

A Dios, porque en El creo, confío y me apoyo. A mi madre Zulay del Valle, por ser una fuente llena de sabiduría y consejos que han logrado hacerme crecer como hijo, hombre y persona. A mi padre Miguel Omar, quien ha sido mi eterna fuente de inspiración deportiva, académica y profesional y al cual le debo muchos de mis logros. A mi hermano mayor, Miguel Omar Jr., quien siempre ha logrado una intervención positiva en mi vida. A mi hermano menor, José Miguel quien a su forma me llena de energía y orgullo. A mi novia Blanca Karina quien con su amor, dulzura y cariño me ha hecho crecer en espíritu, cuerpo, alma y mente. A mi abuelo Eleazar, quien con su ingenio e imaginación a marcado una pauta en mi vida. A Karla Cisneros, con quien he disfrutado de un sin fin de momentos agradables los cuales hacen que se fortalezcan los lazos de amistad ya existentes y que sin su presencia no hubiese podido lograr terminar este trabajo de grado. A mis compañeros, con los cuales he compartido durante mi estadía por la Universidad, en especial a Andreina, al jou, al toto, el gugas, el mestizo, la morsa, el cachetón, el mosqui. A mis profesores y tutores que hicieron posible mi desarrollo teórico-práctico en la carrera de Odontología. También a aquellas personas que de una u otra colaboraron o tuvieron participación en el cumplimiento de una de mis metas mas anheladas..... ser Odontólogo.

Eleazar Omar Fagúndez Córcega.

AGRADECIMIENTO

A la profesora Milagro García por su colaboración e interés en la realización de nuestro trabajo de investigación.

Al Dr. Rogelio Jiménez del que recibimos apoyo durante todo el año de realización de nuestra tesis.

A la Dra. Lucy Escobar, Dr. Eduardo Alvarado y Dra. Yanette Guzmán por su tiempo dedicado para la validación de la encuesta realizada y que permitió la conclusión de nuestra investigación.

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
INDICE GENERAL	vi
LISTA DE CUADROS	viii
LISTA DE GRAFICOS	ix
RESUMEN	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA	3
Planteamiento del problema.....	3
Objetivos de la Investigación	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	6
Justificación.....	6
CAPITULO II	8
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	8
Antecedentes	8
Bases teóricas.....	10
Actitud.....	10
Componentes de las actitudes	11
El componente cognoscitivo o perceptivo	11
El componente conativo o de acción.....	12
Clasificaciones de las actitudes.....	13
Según el ámbito en que la situemos	13
Según el objeto.....	13
Según la organización	14

Shock.....	15
Corrección de la acidosis	20
Definición de términos.....	21
Operacionalización de variables	22
CAPITULO III	23
MARCO METODOLÓGICO	23
Tipo y diseño de investigación.....	23
Población y Muestra.....	24
Instrumentos de recolección de datos	24
Validez	25
Confiabilidad.....	25
CAPITULO IV	27
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	27
Conclusiones	51
Recomendaciones	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 1.....	27
Cuadro 2. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 2.....	29
Cuadro 3. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 3.....	31
Cuadro 4. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 4.....	33
Cuadro 5. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 5.....	35
Cuadro 6. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 6.....	37
Cuadro 7. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 7.....	39
Cuadro 8. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 8.....	41
Cuadro 9. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 9.....	43
Cuadro 10. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 10.....	45
Cuadro 11. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 11.....	47
Cuadro 12. Frecuencia de respuestas emitidas por los alumnos al ítem 12.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultados del ítem 1.....	28
Gráfico 2. Resultados del ítem 2	30
Gráfico 3. Resultados del ítem 3	32
Gráfico 4. Resultados del ítem 4	34
Gráfico 5. Resultados del ítem 5	36
Gráfico 6. Resultados del ítem 6	38
Gráfico 7. Resultados del ítem 7	40
Gráfico 8. Resultados del ítem 8	42
Gráfico 9. Resultados del ítem 9	44
Gráfico 10. Resultados del ítem 10	46
Gráfico 11. Resultados del ítem 11	48
Gráfico 12. Resultados del ítem 12	50



Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Proyecto de Investigación

Conocimiento que poseen los estudiantes del 3er año del Área de Cirugía de la Facultad de Odontología frente a la actitud que debe asumir en presencia de un paciente en estado de shock anafiláctico

Autores: Br. Karla Cisneros

Br. Eleazar Fagundez

Fecha: Valencia, marzo de 2006

Resumen

Por considerar que la odontología es una profesión relacionada con la salud donde se trabaja con seres humanos, a los que se les aplican tratamientos con el fin de mejorar su calidad de vida; estos pueden reflejar algún tipo de reacción alérgica consecuencias de los componentes de determinadas soluciones necesarias para llevar a cabo el tratamiento que amerite el paciente en la consulta, por tal motivo este trabajo fue desarrollado con el fin de medir los conocimientos que poseen los estudiantes de 3er año de la facultad de odontología en el área de cirugía al momento de estar en contacto con un paciente en estado de shock anafiláctico, lo cual es producto de una reacción alérgica por contacto con un desencadenante como lo pudiese ser el uso de anestésicos locales, el mismo esta centrado en la modalidad de investigación descriptiva por considerar que realiza descripción de un fenómeno en tiempo real. Como muestra se seleccionaron al azar 62 estudiantes, como técnica de recolección de datos se utilizo una encuesta de preguntas cerradas. El instrumento conformado por 12 preguntas, cuya validación se realizó través del juicio de expertos y la confiabilidad de acuerdo al método Kuder Richerson fue de 0,63, considerada alta. Una vez analizados los datos se concluyó que los estudiantes presentan pocos conocimientos referentes a farmacología y vías de aplicación de los mismos, fisiopatología en lo que respecta al shock anafiláctico.

INTRODUCCIÓN

Concretamente, se puede decir, que la actitud es un rasgo general y propio de cada individuo que le facilita el aprendizaje de tareas específicas y le distingue de los demás. Dentro de esta perspectiva la relacionaremos con el shock con el fin de realizar un seguimiento progresivo de dicha investigación. Spearman (1992).

Shock :

El shock es una condición grave que se produce cuando el sistema cardiovascular no puede suministrar suficiente sangre al cuerpo, usualmente asociado con presión sanguínea muy baja, y daños en las células o tejidos. Álamo (1999).

Shock anafiláctico

Es una reacción alérgica severa que puede ocurrir cuando entra en contacto con algo que le da alergia un alergenito. Los síntomas de la reacción en general aparecen entre pocos minutos y una o dos horas después del contacto con el alérgeno. En raros casos, los síntomas pueden aparecer hasta 4 horas más tarde. Algunos ejemplos de sustancias que pueden causar reacciones alérgicas severas en algunas personas son la penicilina y las picaduras de abejas. McKesson (2003).

El *shock* es un deterioro del estado circulatorio caracterizado por una disminuida perfusión de los órganos vitales, que si no es corregida, lleva a la muerte. (Del Rey 1997).

Tomando en cuenta estas observaciones teóricas que sustentan dicha investigación, el propósito de este estudio es el de determinar el conocimiento que poseen los estudiantes de 3er año den el área clínica de cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo con relación a la actitud que debe asumir en presencia de un paciente en estado de shock anafiláctico.

Este estudio fue estructurado en IV capítulos. En el capítulo I, se presenta el problema, referido al planteamiento de la situación observada que dio lugar a la investigación, junto con la formulación de objetivos y la justificación.

En el capítulo II se abordó el Marco teórico, donde se contempla la revisión de la literatura que sustenta la investigación, además de los antecedentes, las bases teóricas que fundamentan el estudio y la definición de términos

En el capítulo III, se hace referencia a la metodología utilizada en este trabajo, además se presenta la población y muestra seleccionada a objeto de estudio, así como las técnicas e instrumento utilizados en la recolección de los datos, a fin de obtener la información requerida, asimismo, se hace referencia del procedimiento metodológico seguido para el desarrollo de este estudio. Rigiéndose por las normas del manual de UPEL(2005)

En el capítulo IV, se plasma el análisis de los datos y la interpretación de la información recabada a través del instrumento aplicado.

Finalmente se indican las conclusiones y recomendaciones, seguidas de la propuesta y luego las referencias bibliográficas que revisaron, y las cuales proporcionaron el material necesario para fundamentar teóricamente este estudio; por último se aprecian los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Este capítulo esta referido a la presentación de un vacío conceptual, un conflicto teórico, una contradicción a resolver, demostrar la existencia de una necesidad a satisfacer o de un problema practico a solucionar, posteriormente se plantean los objetivos de investigación que trataran de dar respuestas y por ultimo la justificación.

Planteamiento del Problema

A medida que el ser humano va desarrollando su intelecto empiezan a destacarse ciertas actitudes en él; estas se ven reflejadas en el día a día y se van perfeccionando con la adquisición de conocimientos los cuales se adoptan desde el nacimiento y se acentúan con el desarrollo tanto físico como psíquico. Hoy en día se puede apreciar seres humanos expertos en diferentes tareas que han sido escogidas por ellos para su desarrollo personal como lo son las profesiones, muchas de estas, están radicadas en ciencias de la salud donde es de suma importancia garantizar la salud del paciente al que se le brinda el servicio medico asistencial y el cual esta expenso a sufrir diversas emergencias medicas u odontológicas; el profesional de la salud en este caso el odontólogo posee una preparación académica que le permite sobrellevar emergencias en el consultorio.

Las actitudes aparecen en las distintas etapas de maduración individual, aunque no comienzan a precisarse hasta aproximadamente los 10 años de edad. Pueden ser de diversos tipos: intelectuales, laborales, físicas, sensoriales, motrices. Las actitudes pueden ser cuantificadas con la aplicación de instrumentos de psicodiagnóstico que manejan dos tipos de variables. Por una parte, la rapidez con la cual la persona resuelve los problemas a los que se ve enfrentada y por otra, el nivel de eficacia y exactitud que tienen dichas respuestas. Habitualmente se les clasifica en actitudes

generales y en diferenciales. En este último caso se trata de condiciones personales más ventajosas o más limitadas para determinadas áreas o tipos de problemas, el éxito en cualquier tarea se halla determinado por una “actitud general única”, común a todas, y una “actitud específica” de esa habilidad. Spearman (1992).

El término actitud es un rasgo general y propio de cada individuo que le facilita el aprendizaje de tareas específicas y le distingue de los demás. Dentro de esta perspectiva la relacionaremos con el shock con el fin de realizar un seguimiento progresivo de dicha investigación. Spearman (1992).

En la actualidad existe mayor riesgo de complicaciones o emergencias durante un acto quirúrgico, esto se le puede atribuir al ritmo de vida actual que ha ido desarrollando nuevas enfermedades o acentuando las ya existentes como la hipertensión, diabetes, estrés, entre otras.

Por tal motivo es imperativo que la preparación del profesional de la salud, en este caso la del odontólogo, sea eficiente, completa y adaptada a la demanda de salud actual que abarca no solo un simple tratamiento sino también lo que puede derivar de este (fracasos, emergencias, complicaciones, alteraciones).

Dentro de este número de complicaciones se encuentra el shock el cual se produce debido a cualquier condición que reduzca de forma peligrosa el flujo de sangre, entre las que se cuentan los problemas cardíacos (como el infarto al miocardio agudo o insuficiencia cardíaca), reducción del volumen de sangre (en caso de hemorragia profusa o deshidratación grave) o cambios en los vasos sanguíneos (como sucede en la reacción alérgica las infecciones. Álamo Tomillero (1999).

El estudiante para poder adoptar una actitud ideal debe poseer conocimientos referentes a los tipos de shock que incluyen: shock anafiláctico, causado por una reacción alérgica; shock séptico, asociado con las infecciones; shock cardiogénico asociado con los trastornos cardíacos; shock hipovolémico causado por un volumen

inadecuado de sangre; y shock neurológico, causado por daños en el sistema nervioso. El shock es una condición grave que se produce cuando el sistema cardiovascular no puede suministrar suficiente sangre al cuerpo, usualmente asociado con presión sanguínea muy baja, y daños en las células o tejidos. Álamo Tomillero (1999).

De lo anterior planteado los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en la praxis de cirugía si llegasen a manifestar una actitud de desconocimiento no estarán en capacidad de abordar a un paciente que presenta características tales como: edema de glotis, presión sanguínea baja, taquicardia, dificultad para respirar, dolor de estómago, náuseas y vómito, urticaria, piel pálida y fría (shock anafiláctico). Esta situación puede traer como consecuencias grado de stress del estudiante así como un paciente descompensado y en el peor de los casos la muerte del mismo. Por lo tanto los pasos a seguir serían aplicar medicamentos del tipo cortisona, aplicar fluidos a través de la vena para incrementar el volumen de líquido dentro de los vasos sanguíneos.

Por lo tanto de, de acuerdo a lo planteado se formula las siguiente interrogantes:

¿Poseen los estudiantes de 3er año, en el área clínica de cirugía en la Facultad de Odontología información sobre la actitud que deben asumir en presencia de un paciente en estado de shock anafiláctico?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar el conocimiento que poseen los estudiantes de 3er año en el área clínica de cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo con relación a la actitud que debe asumir en presencia de un paciente en estado de shock anafiláctico.

Objetivos Específicos

- Determinar el grado de información que poseen los estudiantes sobre el shock anafiláctico.
- Identificar las actividades que realiza el estudiante frente a un paciente en estado de shock anafiláctico.
- Identificar el conocimiento que poseen los estudiantes del área clínica de cirugía sobre el tratamiento a aplicar en un paciente en estado de shock anafiláctico.

JUSTIFICACIÓN

El desconocimiento a cerca de los tipos de shock que puede presentar un paciente al momento de recibir atención en la practica odontológica es la principal inquietud que se desea abordar con la presente investigación; para enriquecer teóricamente a la comunidad estudiantil y profesional odontológico, en cuanto la actitud que este debe asumir.

Para los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo y comunidad en general este trabajo aporta beneficios, para la conservación la salud integral ya que, contara con un estudio generalizado y exhaustivo sobre el manejo de una emergencia medica como lo es el shock anafiláctico que puede presentarse durante cualquier tratamiento odontológico, ya sea realizado en la vida como estudiante o en el ejercicio de la carrera como odontólogo.

De igual manera esta investigación brindará un aporte positivo para la comunidad estudiantil de la Facultad de Odontología y al campo de la salud en general, debido a que al reforzar e impartir conocimientos sobre esta problemática se estará colaborando a la formación de profesionales capacitados en esta área, lo que brinda un aporte social que permitirá responder ante situaciones imprevistas durante el tratamiento odontológico.

Por otra parte se pretende, pretende alertar tanto al estudiante, como al profesional de la problemática existente actualmente ante cierto desconocimiento referente a la atención de emergencias con el fin de tomar medidas necesarias para el abordaje de pacientes en estado de shock o reconocimiento de la clínica para así actuar al instante y evitar que el paciente comprometido se descompense.

Vale la pena señalar, que un estudiante o profesional en el área de odontología al contar con los conocimientos y con el material necesario logrará establecer un éxito rotundo en la aplicación de un adecuado tratamiento para un paciente en estado de shock anafiláctico. Por ultimo esta investigación servirá como fuente de información para el trabajo de futuros investigadores en la misma área en la que se fundamenta esta experiencia.

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Este capítulo pretende situar el problema dentro del conjunto de conocimientos existentes y que orientan el proceso de investigación. Se incluyen antecedentes, los trabajos previos y los postulados, por otra parte, las bases teóricas que incluyen principios teóricos o técnicos relacionados con el estudio que dan respaldo, pertenencia y validez al tema de investigación, así mismo se presenta la definición de términos y por ultimo la operacionalización de la variable.

Antecedentes

Como se ha mencionado en la sección anterior el interés de este trabajo es la actitud de los estudiantes frente a pacientes en estado de shock anafiláctico. En esta sección; se presenta una breve descripción de algunos trabajos que sirvieron de referencia en los cuales se arroja información sobre las actitudes de estudiantes antes ciertas propuestas informativas como también complicaciones en el área clínica que pueden llevar al paciente a un shock anafiláctico:

Hidalgo y Kolkowski (2001) en su trabajo de tesis “Complicación en la aplicación de Anestesia en Pacientes”, tiene como objetivo principal señalar y explicar las complicaciones en la aplicación de la anestesia a pacientes que asisten a la consulta odontológica, para su empleo siempre deben tomarse precauciones y medidas preventivas que serán efectivas teniendo la capacidad motora e intelectual adecuada los resultados abordados con esta investigación se basan en que al tomar las medidas de seguridad necesarias y tener un base teórica se observara un desempeño exitoso en todos los tratamientos que ameriten el uso de anestésicos locales.

Giral Pérez, (1997) en el presente estudio “Estudio del efecto de los antagonistas del factor activador de las plaquetas (PAF) en varios modelos de shock experimental” el UR-12460 se ha mostrado activo, al menos parcialmente, en varios modelos de shock, reforzando la idea de la participación importante del PAF en estos procesos de tan diversa etiología. Sin embargo, el hecho de que este compuesto no tenga efecto sobre algunos de los marcadores del shock estudiados hace pensar que el futuro de un posible tratamiento del shock pasaría por la administración conjunta de diferentes sustancias, dirigidas cada una a los diferentes mediadores del shock que, además del PAF, intervienen en mayor o menor grado en su etiopatogenia.

El shock es una situación clínica que se ha venido observando durante cientos de años y cuya presencia ha ido asociada con procesos que culminaban casi siempre con la muerte. El estudio de estos procesos ha permitido llegar a la conclusión de que el shock tiene un componente multifactorial y multietiológico. La cascada de eventos que tienen lugar en un estado de shock parece demasiado compleja como para que la actuación terapéutica sobre uno solo de estos pasos sea suficiente como para bloquear el shock en su conjunto. Sin embargo, desde hace años se vienen estudiando diferentes aproximaciones terapéuticas entre las que se encuentra el antagonismo del factor activador de las plaquetas (PAF). Los diferentes trabajos desarrollados en esta tesis pretenden ser una aportación al estudio del papel del PAF y de sus antagonistas en el shock. Para ello se han recogido una serie de modelos experimentales, tanto in Vitro como in vivo , con el antagonista del PAF UR-1246

BASES TEORICAS

Actitud

En su acepción corriente, el término de *actitud* designa un comportamiento o la manifestación externa de un sentimiento. Y, en el contexto popular, tiene el matiz peyorativo de simulación o estereotipo.

La actitud es la disposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo. “ Las actitudes incluyen el núcleo efectivo o sensible de agrado o desagrado y los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el efecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos.” Katz, D. (1960).

La actitud es un efecto o disponibilidad para responder de cierta manera frente a un objeto o fenómeno social que está relacionado con un componente valorativo. Con el afecto se está en pro o en contra de algo y con disponibilidad se acepta o se rechaza. Dawes, R.M. (1972).

Según Dawes, R.M (1972) una definición de actitud debe contar siempre con los siguientes elementos:

- La actitud es una predisposición.
- Es un principio de organización de los comportamientos en relación con un objeto o situación
- Se forma y puede modificarse. Es plástica, aunque es una disposición relativamente persistente.
- Actúa sobre el estímulo con papel motor constituyéndose con relación al objeto.
- En general, puesto que se sitúa en un nivel superior de la organización cubriendo comportamientos que van desde lo biológico a lo más estructural. Es en realidad psicosocial.

Existen componentes de las actitudes del ser humano donde se ve reflejado algunos status que designan a la misma como disposición nata a continuación se describen según diversos autores:

Componentes de las actitudes.

Rosemberg, M.J & C.I (1960) sugieren como componentes de las actitudes:

- Lo cognoscitivo
- Lo afectivo
- La predisposición a actuar

También para Wukmir, V.J (1967) la *orexis* consta de tres fases:

- La cognitiva
- La emocional valorativa.
- La reactiva que conlleva al acto.

Las constantes de pensamiento, entendimiento y atención, en un análisis estructural, descubren en las actitudes tres tipos de componentes:

- El cognoscitivo o perceptivo
- El afectivo.
- El conativo o de conducta

Los tres componentes de la actitud interactúan entre si y tienden a relacionarse y, si alguno de ellos varia, también los demás cambiaran.

El componente cognoscitivo o perceptivo:

El componente cognoscitivo o perceptivo es la idea, la categoría utilizada, al pensar valorada cognoscitivamente, y a el pertenecen primordialmente los conjuntos de opiniones, las categorías, los atributos, los conceptos.

El componente:

El componente afectivo sería la emotividad que impregna los juicios. La valoración emocional, positiva o negativa, acompaña a las categorías asociadas a lo agradable o a lo desagradable.

El componente conativo o de acción:

El componente conativo o de acción es aquel en el que, cuando el individuo cree o piensa una determinada cosa, siente una vivencia positiva/negativa hacia la misma, actúan de una manera determinada ante ese objeto.

Campbell. D.T (1950) expone a cerca de las características de las actitudes:

La valencia: la valencia o dirección refleja el signo de actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo.

El componente cognoscitivo intervendrá en las razones de apoyo hacia una u otra dirección. El conativo adoptará, en congruencia, la dirección ya prevista hacia el acto.

La intensidad: esta se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo, se puede estar más o menos de acuerdo con algo. La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada

La consistencia: es el grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes de la actitud. Si los tres componentes están acordes la consistencia de la actitud sería máxima. Si lo que sabes, sientes y haces o presumiblemente harías, están de acuerdo, la actitud adquiere categoría máxima de consistencia.

La suposición básica es que existe una relación entre los motivos, creencias y hábitos que se asocian con un objeto único de actitud.

Campbell, D.T (1950) comprobó que las correlaciones promedio entre los tres componentes fueron entre 0.50 y 0.65, indicando una tendencia hacia la consistencia en una experimento sobre actitudes raciales.

Con relación a lo anteriormente expuesto, La Pierre, R.T (1934) muestran la relación que puede existir entre actitudes y acciones de los sujetos.

Una vez delimitado la importancia de los componentes de las actitudes se suman la clasificación de las mismas.

Clasificaciones de las actitudes:

Las actitudes pueden, a su vez, clasificarse de diversas maneras, a continuación veremos algunas de ellas.

Según el ámbito en que la situemos:

Según Pages, R, Moscovici, s, Doise, W, (1966) Por el ámbito en que las situemos, pueden ser individuales y colectivas. Aunque la tendencia actual es situarlas en lo psicosocial, sobre todo la “escuela europea” en psicología

Según el objeto:

Según el objeto, en actitudes relativas a elementos no humanos (los edificios u otros objetos físicos), y actitudes sociales relativas a valores o problemas culturales como en la creatividad.

Según la organización:

Según la organización de las actitudes pueden clasificarse en sistemas y centralidad Newcomb, T.M. (1965).

Las actitudes pueden formar sistemas si están relacionadas entre sí Stouffer, S.A y col. (1949), si comparten conceptos comunes o similares, creencias, motivos y hábitos. En la organización de las mismas algunas actitudes forman núcleos más centrales por sus incidencias en los procesos psicosociales. Intervienen aquí las creencias y las ideologías. Las creencias centrales son difíciles de modificar Deonchy, J.P. (1971), justamente porque configuran la estructura del individuo o del grupo y su modificación implicaría desarticulación de la persona o grupo.

La ideología aparece como un sistema de coherencia variable que expresa, explica o justifica las actitudes del hombre hacia el mundo en que vive y es también una incitación a actuar en tal o cual dirección siguiendo un juicio de valor de la sociedad. En tal sentido, la ideología estaría más cerca de la organización de las actitudes como sistema racionalizado y abstracto. Mientras que las creencias serían más emocionales, ocupando un puesto central en la organización de las actitudes.

Según Katz, D.(1960); Triandis, H.C, (1974). En la formación de las actitudes suele insistirse en el aprendizaje de las mismas sugiere que la dinámica de la formación de las actitudes es diferente según la base motivacional de las mismas. Distingue cuatro:

- A. Utilitaria
- B. De expresión de valores.
- C. Defensivas del Yo.
- D. Con base en el conocimiento.

La actitud con una base motivacional utilitaria se adquiere a través de la experiencia con objeto relacionado con la supervivencia.

Una actitud de expresión de valores esta basada en el motivo de la persona por autoestima y autorrealización. Depende de la percepción del individuo. Forman parte del proceso de identificación Horowitz, E.L. & Horowitz, R.C. (1938), Remmers, H.H (1960); Jennings, M.K. & Niem, R.G. (1968) y en ellas interviene la influencia parental.

Las actitudes defensivas del Yo están relacionadas con el motivo de autoestima, pero defendiendo el Yo de una manera negativa. En ellas encontraríamos los prejuicios. Están en conjunción con los mecanismos de defensa y defienden a la persona de sus propias ansiedades Campbell, D.T. (1967); Frenkel, Brunswick & Stanford. (1945).

Esta condición del individuo en presencia de una reacción inesperada de un paciente se encuentra íntimamente relacionada con los conocimientos que tienen que ver con la emergencia clínica odontológica que se hablara a continuación:

Shock:

El shock es una condición grave que se produce cuando el sistema cardiovascular no puede suministrar suficiente sangre al cuerpo, usualmente asociado con presión sanguínea muy baja, y daños en las células o tejidos. Álamo (1999).

Shock anafiláctico

Es una reacción alérgica severa que puede ocurrir cuando entra en contacto con algo que le da alergia un alergenito. Los síntomas de la reacción en general aparecen entre pocos minutos y una o dos horas después del contacto con el alérgeno. En raros casos, los síntomas pueden aparecer hasta 4 horas más tarde. Algunos ejemplos de sustancias

que pueden causar reacciones alérgicas severas en algunas personas son la penicilina y las picaduras de abejas. McKesson (2003).

El *shock* es un deterioro del estado circulatorio caracterizado por una disminuida perfusión de los órganos vitales, que si no es corregida, lleva a la muerte. (Del Rey 1997).

Todavía no se ha dilucidado enteramente la fisiopatología del estado de shock. Consiste básicamente en un desajuste negativo entre el volumen total del líquido intravascular y la capacidad del lecho vascular que lo contiene, acarreando alteraciones hemodinámicas y metabólicas variadas. Puede clasificarse el estado de shock bajo el punto de vista etiológico y fisiopatológico, en:

- Falta de volumen o shock hipovolémico.- Causado por disminución del volumen de líquido intravascular y de hinchamiento ventricular (hemorragia, deshidratación, hemólisis, etc.)
- Falta de tono o shock anafiláctico o neurogénico.- Causado por un aumento de la capacidad del lecho vascular y caracterizado por hipotensión, reducción del débito cardíaco y oliguria (anafilaxia, septicemia endotóxica, intoxicación con drogas.
- Insuficiencia miocárdica o shock cardiogénico.- Causado por una incapacidad miocárdica y caracterizado por una disminución del débito cardíaco y aumento de la resistencia vascular periférica.

El shock anafiláctico puede ser causado por una reacción alérgica a:

- Alimentos o aditivos para alimentos
- Picaduras y mordidas de insectos
- Inyecciones contra la alergia
- Medicamentos como la penicilina
- Medicamentos que se utilizan como anestésicos locales, como benzocaína y lidocaína

- Vacunas como el suero antitetánico.
- En raros casos, polen, polvo, perfume, productos químicos otras sustancias en el aire o caspa de mascota.

Los síntomas del shock anafiláctico incluyen:

- Desmayos.
- Pulso rápido
- Dificultad para respirar, incluyendo jadeos
- Náusea y vómito
- Dolor de estómago
- Hinchazón de los labios, lengua o garganta (incluido el paladar blando y la úvula)
- Sarpullido con comezón, manchas y con protuberancias llamado urticaria
- Piel pálida, fría y húmeda
- Aturdimiento, confusión o pérdida de la conciencia.

Las evaluaciones que se le realizan a un paciente en estado de shock y que van a servir de parámetro para verificar la gravedad de la lesión son:

- Presión de sangre
- Pulso y ritmo cardíaco
- Respiración
- Condición y color de la piel
- Capacidad de estar alerta y estado mental.

Después de realizada la evaluación y de los resultados que esta arroje se puede:

- Aplicar medicamentos como antihistamínicos o medicamentos del tipo cortisona, posiblemente en la vena
- Aplicar fluidos a través de la vena para incrementar el volumen de líquido dentro de los vasos sanguíneos

- Hospitalizar a la persona para que su presión de sangre y su ritmo cardiaco se restauren a los niveles adecuados y que los síntomas no aparezcan nuevamente.

La duración de los efectos del shock anafiláctico depende de la rapidez con que la persona reciba tratamiento. Los síntomas pueden durar desde unos minutos hasta varias horas. Sin un tratamiento médico inmediato, el resultado puede ser la muerte, pero el tratamiento oportuno puede ayudar a evitar complicaciones serias.

Investigaciones llevadas a cabo en el tiempo según Mckesson (2003) demuestran que; antes de instalarse el cuadro característico, pueden aparecer manifestaciones sugestivas de la instalación del shock: -Inquietud, a veces, ansiedad y temor; Náusea, lipotimias; Astenia, sed intensa.

Síntomas: Psiquismo: El enfermo en general queda inmóvil, apático, pero consciente. La fase de apatía acostumbra a estar precedida por angustia y agitación. En ciertos casos la lucidez se mantiene hasta el último minuto.

Piel: En el shock está fría, pálida, azulada, y en casos graves, marmórea. Sobre todo en las extremidades, y turgencia disminuida.

Circulación: Pulso rápido, filiforme, a veces imperceptible. En la fase terminal se torna más lento. Hipotensión sistólica y diastólica, en general proporcional a la gravedad del cuadro clínico. Muchas veces es difícil tomar la presión diastólica. El colapso de las venas dificulta su punción, caracterizando el aspecto más importante, que es la presión venosa central (PVC) baja.

Respiración: Superficial y un poco acelerada. La disnea intensa encierra un pronóstico desfavorable. La taquipnea se traduce en una alcalosis respiratoria, tratando de compensar la acidosis metabólica.

Pupilas: Dilatadas, reaccionando mal a la luz.

Riñones: Oliguria frecuente. La anuria no siempre es señal de necrosis tubular aguda, pudiendo a veces inicialmente ser interpretada como consecuencia de la hipovolemia y la baja filtración glomerular.

Laboratorio: hematocrito bajo en el shock traumático, normal en el toxoinfeccioso, y elevado en el shock por deshidratación. No es excepcional la hipoglicemia. La acidosis es habitual. No son raras las alteraciones electrolíticas de hiperpotasemia e hipoproteinemia. La saturación de oxígeno de la sangre arterial cae apenas en la fase terminal.

Formas Atípicas: 1) Ausencia de hipotermia: Shock "caliente", común en la fase tardía del shock endotóxico. 2) PVC normal o poco elevada.

Es eficaz solamente cuando se hace precozmente y dirigido a las alteraciones hemodinámicas variaciones de PVC. Remover concomitantemente las causas posibles, esto es, suprimir hemorragias, punzar el derrame compresivo del pericardio, reducir la taquicardia paroxística, administrar antibióticos en caso de infección, reponer amplia y rápidamente en la hipovolemia, etc. Medicación sólo por vía endovenosa, no por vía intramuscular ni subcutánea, porque las condiciones de bajo flujo tisular impiden la absorción de los medicamentos.

Líquidos: Conforme el caso, administrar sangre total, plasma o sucedáneo, suero fisiológico y glucosado. La reposición es regulada por el control de la PVC: cuando estuviera alta, indica que la reposición fue conseguida. En caso de shock cardiogénico, el control de la PVC es esencial, debiéndose, cuando estuviera alta, reducir la introducción de líquidos, administrar bicarbonato de sodio (50 ml a 8.4 % de hora en hora) y favorecer la diuresis.

Posición del paciente: Colocar el cuello en posición plana, mejorando la ventilación. El paciente acostado o con la cabeza más baja que los pies (Trendelenburg) es

actualmente considerada de menor valor, pues la mejora en la circulación cerebral, sólo puede ser conseguida mediante la reposición de la volemia.

Corrección de la acidosis: Administrar solución de bicarbonato de sodio al 8.4 % en dosis de 50ml por 70Kg y por hora, hasta restaurar el pH sanguíneo.
Simpaticomiméticos:

a) Dopamina: aumenta el débito cardíaco, el flujo coronario, el flujo renal, y la filtración glomerular. Conforme a la dosis provoca vaso dilatación periférica (de 2 a 10 mcg/kg/min) con excepción en el ámbito mesentérico y renal. Se inicia con 2-5 mcg/kg/min, aumentándose gradualmente hasta conseguir el efecto terapéutico deseado, pero sin pasar los 30 mcg/kg/min. Generalmente se adiciona el contenido de 2 o 5 ampollas de 50mg en 250ml de solución estéril IV, tal como solución fisiológica, suero glucósido 5%, solución de Ringer con Lactato, lactato de sodio 1/6 Molar. No adicionar soluciones de bicarbonato de sodio o alcalinas.

b) Isoproterenol: aumenta el débito cardíaco y provoca vaso dilatación arterial. Estar atento a las caídas de presión y las arritmias.

c) Dobutamina: aumenta el débito cardíaco, sin otra acción en los territorios esplénicos y vasculares.

d) Corticosteroides: indicados particularmente en el shock anafiláctico y toxoinfeccioso. Administrar por vía IV lenta en dosis elevada (1-2g) y repetir después de 2hs, 6 y 12hs. Si el estado de shock persiste.

e) Cardiocinéticos: la digital es el fármaco de elección en las arritmias supraventriculares y es ocasionalmente usada en el shock cardiogénico por infarto agudo.

f) Oxígeno: en casos de shock complicado con insuficiencia respiratoria, sólo con auxilio de ventiladores artificiales.

g) Analgésicos: si son necesarios debido a dolor intenso. Evitar morfina.

H) Hipotermia: a veces con éxito.

Definición de Términos

Actitud: es la capacidad para ejercer o realizar determinados trabajos, tareas.

Shock anafiláctico: emergencia clínica producto de la reacción del organismo al no reconocer determinada sustancia.

Hipótesis.

Los estudiantes de tercer año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo no tienen los conocimientos necesarios sobre shock anafiláctico.

Variables

Conocimiento que poseen los estudiantes en relación a la actitud que debe asumir en presencia de un paciente en estado de shock anafiláctico.

	Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento que poseen los estudiantes en relación a la actitud que debe asumir frente a un paciente en estado de shock anafiláctico. 	<p>Actitud: Comportamiento o la manifestación externa de un sentimiento.</p> <p>Shock: anafiláctico: emergencia clínica producto de la reacción del organismo al no reconocer determinada sustancia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de actitud y tipos de shock: 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado del paciente • Tipo de farmacología empleada • Abordaje al paciente • Manifestaciones clínicas del shock anafiláctico

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Este capítulo corresponde al establecimiento de una sustentación procedimental-técnica, cuantitativa de la investigación a fin de precisar el método, los medios, las habilidades y destrezas utilizadas para la realización del estudio.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Según Orozco, Labrador, Palencia (2002) la investigación descriptiva “tiene como propósito la descripción cuantitativa de un evento o fenómeno tal cual como ocurre en la realidad sin generalización categórica. (Pág. 8)

La presente investigación es de tipo descriptiva. Comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre como una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente.

La investigación descriptiva trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentarnos una interpretación correcta.

TIPO DE DISEÑO.

Según Cerda (1991) el diseño de la investigación se define como “el conjunto de decisiones, pasos, esquema y actividades a realizar en el curso de la investigación” (p 22). El diseño no experimental es la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables; y la investigación transeccional son diseños que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único

El diseño del presente trabajo es no experimental de tipo transaccional.

POBLACIÓN.

Según Hurtado (2000) La población de una investigación “está constituida por el conjunto de seres en los cuales se va a estudiar la variable o evento, y que además comparten, como características comunes, los criterios de inclusión”(p.45).

La población de este estudio son 240 estudiantes cursantes del 3er año de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el periodo 2005- 2006.

MUESTRA.

Según Puertas, Urbina, Blanck, Granadillo(1998) la muestra “es un subconjunto o parte de la población o del universo que se refleja las características del mismo”. (p. 46).

Según Puertas, Urbina, Blanck, Granadillo(1998) Las muestras aleatorias simples son aquellas que “se conforman al elegir por azar a n elementos de una población de tamaño N , de manera que cada individuo tenga la misma probabilidad de ser seleccionado”.(p. 49)

El tipo de muestra a escoger es de tipo aleatoria simple, se tomara una muestra representativa del 30% de la población que equivale 62 estudiantes. Según Ramirez (1999)” la mayoría de los autores han coincidido en señalar que para los estudios sociales con tomar un aproximado del 30% de la población se tendrá una muestra con un nivel elevado de representividad “ (p.65)

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

Según Puertas, Urbina, Blanck, Granadillo(1998) la recolección de datos es “ el proceso planificado y sistemático por el cual se obtiene la información para resolver el problema” (p. 65).

Se recopilara la información a través de encuestas de preguntas cerradas dicotomica. Según Hernández (1996) consiste “en un conjunto de preguntas escritas, que se

proponen a un grupo de individuos para que los resuelvan o respondan según sus conocimientos o capacidades” (p.545)

En este estudio se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario con 12 ítems, y dos alternativas de respuesta.

VALIDEZ.

Según Hernández y otros (1999) la validez del contenido es considerada como el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de lo que desea medir.

Bajo este criterio, para verificar la validez del instrumento se sometió a la técnica de Juicio de Expertos para el cual se solicitó la colaboración de: un Odontólogo Cirujano Maxilofacial, Un odontólogo Endodoncista y un Odontopediatra con maestría en metodología. (ver anexo A).

CONFIABILIDAD

De acuerdo a lo señalado por Hurtado (1998), la confiabilidad se refiere al grado en que la aplicación repetida de un instrumento a las mismas unidades de estudio, en idénticas condiciones produce iguales resultados, dado por hecho que el evento medido no ha cambiado.

En este sentido, una vez concluida la validación por el Juicio de Expertos del instrumento que se aplicó a la muestra seleccionada, se elaboró la primera versión del mismo, con la cual se realizó una prueba piloto con otros alumnos de la Facultad de Odontología, con igual número de sujetos, con características similares a la muestra en estudio, con el propósito de certificar que el cuestionario arroja los resultados esperados.

Para asegurar la confiabilidad del instrumento elaborado, una vez validado, se utilizó el método de Kuder Richardson, para calcular el coeficiente de confiabilidad

correspondiente al instrumento aplicado a la muestra, por poseer dos alternativas de respuesta, a partir de la siguiente ecuación:

$$K_R = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum p \cdot q}{st^2} \right]$$

$$K_R = \frac{12}{12-1} \left[1 - \frac{1.97}{4.68} \right] \Rightarrow K_R = \frac{12}{11} \left[1 - \frac{1.97}{4.68} \right] \Rightarrow$$

$$\Rightarrow 1,09 \cdot [1 - 0,42] = 1,09 [0,58] = \mathbf{0,63}$$

Sujetos (n = 12)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P	0.66	0.79	0.66	0.77	0.71	0.03	0.94	0.48	0.53	0.71	0.83	0.42
q	0.34	0.21	0.34	0.23	0.29	0.97	0.06	0.52	0.47	0.29	0.18	0.58
p.q	0.22	0.17	0.22	0.18	0.21	0.03	0.06	0.25	0.25	0.21	0.15	0.24
	$\sum p \cdot q = 1.97$			$St^2 = 4.68$			$K_R = 0.63$					

Por lo tanto, de acuerdo al resultado del coeficientes de confiabilidad, el cual asumió un valor de 0,63, se considera que el instrumento aplicado a la muestra piloto posee un grado de confiabilidad que puede considerarse alto.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Cuadro 1

Distribución según la frecuencia del primer síntoma del shock anafiláctico es el edema de glotis del instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item	Fa	Fr
SI	41	66,12%
NO	21	33,88%
Total	62	100%

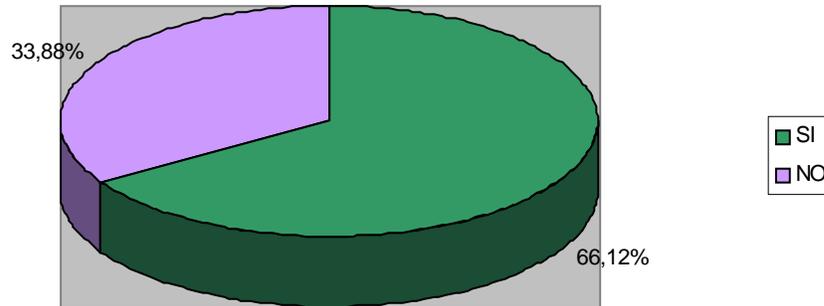


Gráfico 1. Representación grafica según del primer síntoma del shock anafiláctico es el edema de glotis

Análisis:

En el cuadro y gráfico 1 en relación al conocimiento sobre ¿el primer síntoma del shock anafiláctico es el edema de glotis? Se evidencia que el 66,12% de la muestra respondió de manera afirmativa a diferencia del 33,88% que respondió de forma negativa. Lo que evidencia que un gran porcentaje de encuestados conoce de los síntomas característicos del shock anafiláctico.

Cuadro 2

Distribución según la frecuencia de si el shock anafiláctico se puede presentar a los segundos, minutos u horas de estar en contacto con el alérgeno del instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item 2	Fa	Fr
SI	49	79,03%
NO	13	20,97%
Total	62	100%

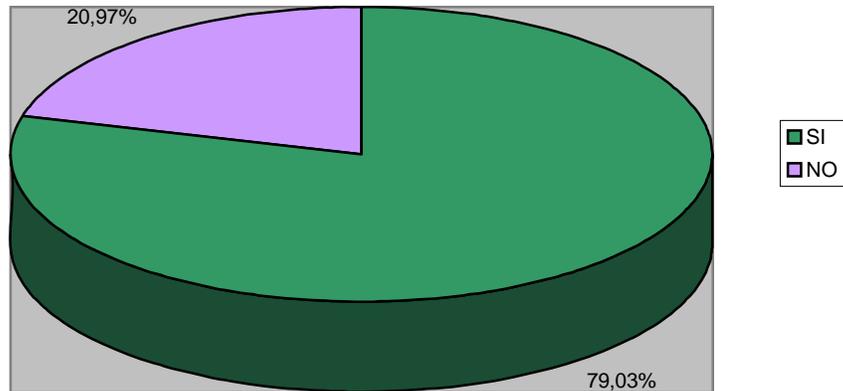


Gráfico 2. Representación gráfica si el shock anafiláctico se puede presentar a los segundos, minutos u horas de estar en contacto con el alérgeno

Análisis:

En el cuadro y gráfico 2 se puede observar que 79,03% de los estudiantes encuestados se inclinaron por la alternativa afirmativa y un 20,97% por la alternativa negativa lo cual permite suponer que un alto porcentaje de estudiantes saben como se desencadena dicha sintomatología expuesta por Mckesson (2003).

Cuadro 3

Distribución según la frecuencia sobre si un paciente que no haya presentado ningún tipo de alergia esta expuesto a un shock anafiláctico del instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item 3	Fa	Fr
SI	41	66,12%
NO	21	33,88%
Total	62	100%

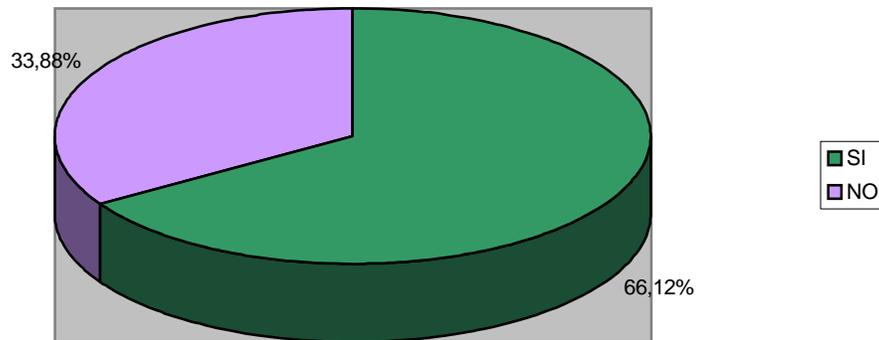


Gráfico 3. Representación gráfica sobre si un paciente que no haya presentado alergia esta expuesto a un shock anafiláctico

Análisis:

De acuerdo a las respuestas dadas por los integrantes de la muestra, en el cuadro y gráfico 3 se observa que el 66,12%, se inclino por la alternativa afirmativa y un 33,88% por la alternativa negativa. Lo que hace suponer que la mayoría de los encuestados conoce que un paciente que nunca haya manifestado ningún tipo de alergias puede padecer de un shock anafiláctico.

Cuadro 4

Distribución según la frecuencia sobre si el efecto de la adrenalina es de acción rápida y prolongada del instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item 4	Fa	Fr
SI	48	77,41%
NO	14	22,59%
Total	62	100%

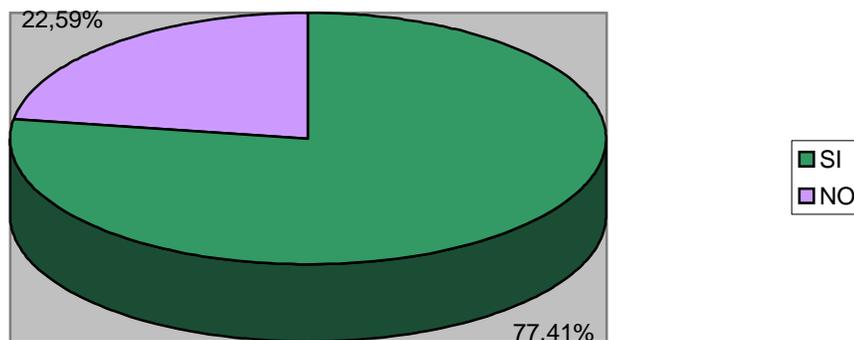


Gráfico 4. Representación gráfica sobre si el efecto de la adrenalina es de acción rápida y prolongada

Análisis:

En el cuadro y grafico 4 a cerca de la acción de la adrenalina, un 77,41% de la muestra encuestada respondió de manera afirmativa y un 22,59% respondió de forma negativa. A través de estos resultados se aprecia que muchos de los estudiantes no tienen el conocimiento necesario en cuanto a farmacología se refiere puesto que la acción de este fármaco es rápida y corta y no rápida y prolongada como lo expresaba el ítem.

Cuadro 5

Distribución según la frecuencia acerca de si el shock anafiláctico puede ir de leve a grave del instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item 5	Fa	Fr
SI	44	70,96%
NO	18	29,04%
Total	62	100%

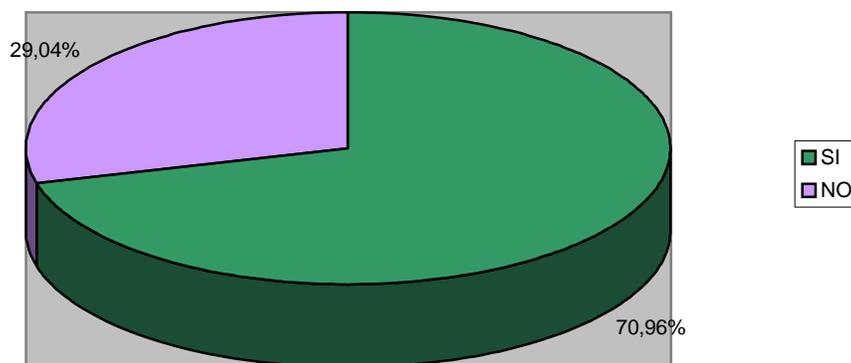


Gráfico 5. Representación Gráfica acerca de si el shock anafiláctico puede ir de leve a grave

Análisis:

En el cuadro y grafico 5 un 79,96% respondió de manera positiva y un 29,04% de manera negativa; se apreció que un gran número de estudiantes no esta claro en lo que representa un shock anafiláctico, puesto que este no va de leve a grave si no que es un condición grave desde el momento en que se presenta y que si no se controla conlleva a la muerte del paciente comprometido.

Cuadro 6

Distribución según la frecuencia de haber atendido a un paciente con algún tipo de shock, del instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item 6	Fa	Fr
SI	2	3,23%
NO	60	96,77%
Total	62	100%

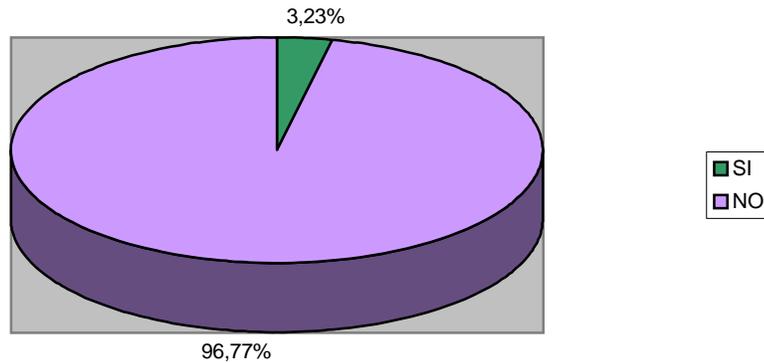


Gráfico 6. Representación Gráfica según el haber atendido a un paciente con algún tipo de shock.

Análisis:

En el cuadro y grafico 6 se aprecia que un 96,77% niega haber atendido alguna vez a un paciente que haya sufrido algún tipo de shock y solo el 3,23% afirmó que si han experimentado dicha emergencia.

Cuadro 7

Distribución según la frecuencia si es importante realizar una buena anamnesis antes de atender a un paciente en el área de cirugía, del instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item 7	Fa	Fr
SI	58	93,54%
NO	4	6,46%
Total	62	100%

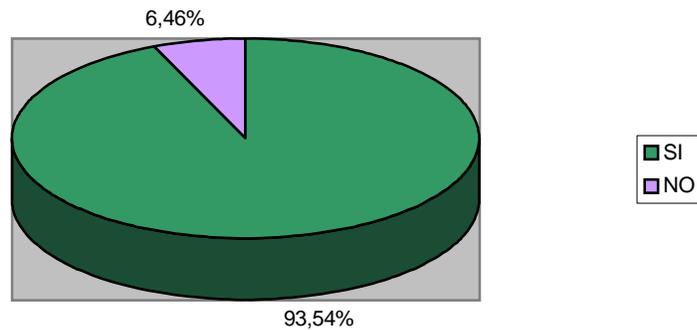


Gráfico 7. Representación Gráfica según si es importante realizar una buena anamnesis antes de atender a un paciente en el área de cirugía.

Análisis:

En el cuadro y gráfico 7 se observa que el 93,54% de la muestra seleccionada afirma que es importante realizar una buena anamnesis antes de llevar a cabo una intervención quirúrgica y tan solo el 6,46% manifestó que no era importante realizarla, tomando en cuenta que a través de la recolección de datos para una buena anamnesis se puede evitar una emergencia médica-odontológica como lo es el shock anafiláctico

Cuadro 8

Distribución según la frecuencia si se siente inseguro al atender a un paciente sistemicamente comprometido, del instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item 8	Fa	Fr
SI	30	48,38%
NO	32	51,62%
Total	62	100%

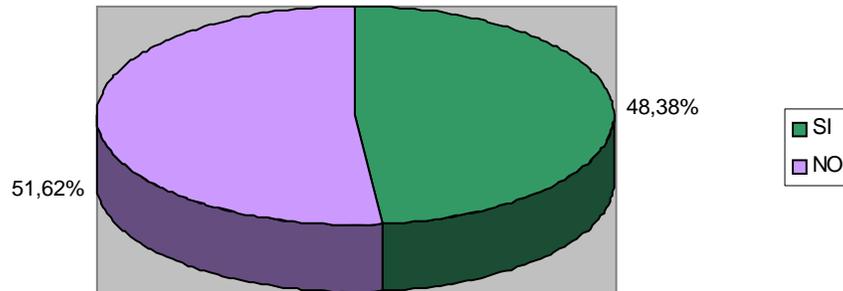


Gráfico 8. Representación Gráfica según si se siente inseguro al atender a un paciente sistemicamente comprometido.

Análisis:

En el cuadro y grafico 8 se observa que el 48,38% respondió de forma positiva y el 51,62% respondió de forma negativa. De acuerdo a estos resultados obtenidos se observa que los estudiantes pueden tener la capacidad de enfrentar una emergencia médica como lo es el shock anafiláctico.

Cuadro 9

Distribución según la frecuencia si Ud. antes de realizar una cirugía toma los signos vitales del paciente a tratar, del instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item 9	Fa	Fr
SI	33	53,22%
NO	29	46,78%
Total	62	100%

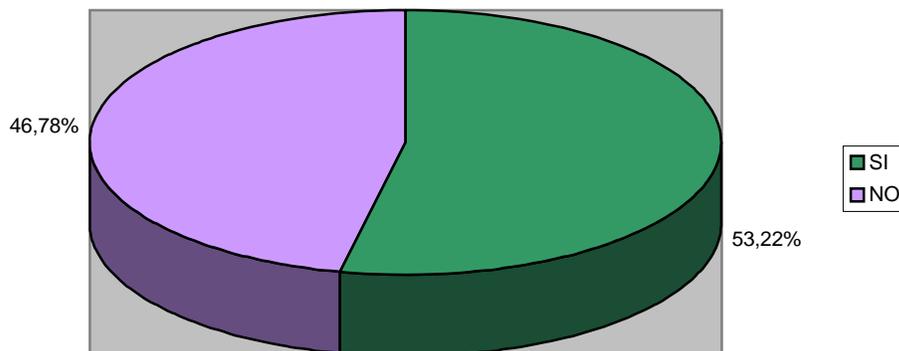


Gráfico 9. Representación Gráfica según si Ud. antes de realizar una cirugía toma los signos vitales del paciente a tratar.

Análisis:

En el cuadro y gráfico 9 se observó que 53,22% respondió de manera afirmativa y el 46,78% respondió de manera negativa, constatando que es necesario la realización de una buena toma de signos vitales, con el fin de evitar una posible emergencia como lo es el shock anafiláctico.

Cuadro 10

Distribución según la frecuencia de la única vía para colocar el medicamento seleccionado para tratar un shock anafiláctico es la endovenosa, del instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item 10	Fa	Fr
SI	44	70,96%
NO	18	29,04%
Total	62	100%

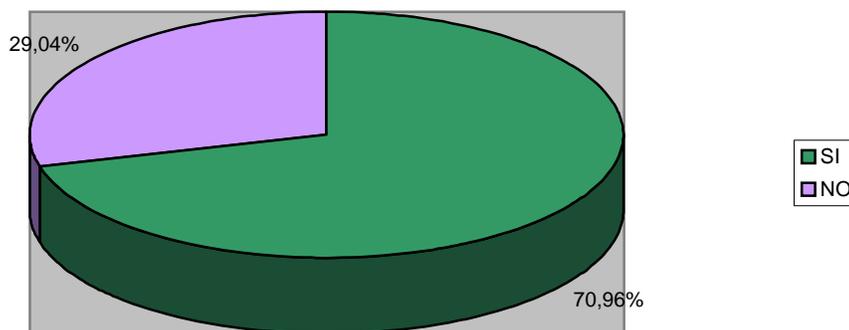


Gráfico 10. Representación Gráfica según la única vía para colocar el medicamento seleccionado para tratar un shock anafiláctico es la endovenosa.

Análisis:

En el cuadro y gráfico 10 las respuestas afirmativas de la muestra fue 70,96% y las respuestas negativas fueron de 29,04%. apreciándose un alto índice de respuestas que afirman que la única vía para colocar el fármaco de elección (adrenalina) es la endovenosa siendo esto falso puesto que pueden usarse vías como la sub-cutánea y la intramuscular, por lo tanto se puede deducir que existe desconocimiento en cuanto a farmacología se refiere al igual que en el ítem 4

Cuadro 11

Distribución según la frecuencia del medicamento de 1era elección para tratar a un paciente en estado de shock anafiláctico es la adrenalina, el instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item 11	Fa	Fr
SI	51	82,25%
NO	11	17,75%
Total	62	100%

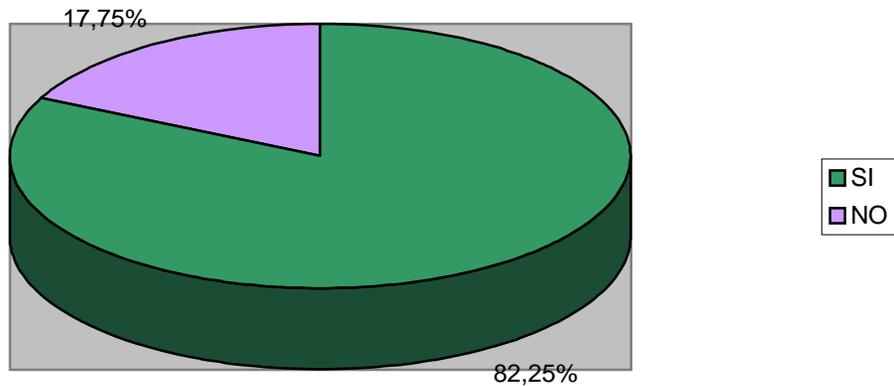


Gráfico 11. Representación Gráfica según del medicamento de 1era elección para tratar un paciente en estado de shock anafiláctico es la adrenalina.

Análisis:

En el cuadro y grafico 11 se observa que el 82,25% respondió de manera afirmativa y el 17,75% respondió de manera negativa, por lo tanto de acuerdo con los resultados se aprecia que aunque haya cierto desconocimiento farmacológico la mayoría de la muestra seleccionada si conoce que el fármaco de 1era elección para tratar a un paciente en estado de shock anafiláctico es la adrenalina.

Cuadro 12

Distribución según la frecuencia de l secuencia de medicamentos en un paciente en estado de shock anafiláctico es esteroides, adrenalina y antihistamínico, del instrumento de recolección de datos (encuesta).

Item 12	Fa	Fr
SI	26	41,93%
NO	36	58,07%
Total	62	100%

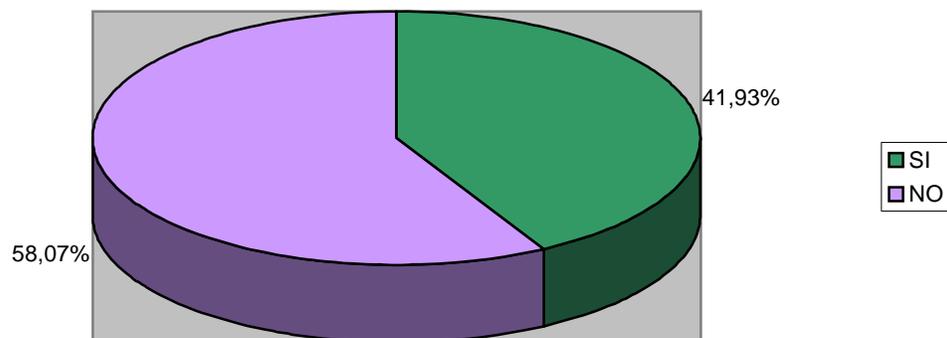


Gráfico 12. Representación Gráfica según la secuencia de medicamentos en un paciente en estado de shock anafiláctico es esteroides, adrenalina y antihistamínico.

Análisis:

En el cuadro y grafico 12 se observa que el 41,93% respondió de manera positiva y el 58,07% respondió de manera negativa, donde se detectó que existe una contradicción con relación al ítem 11 donde un gran porcentaje afirmo que el fármaco de elección es la adrenalina.

CONCLUSIONES

Analizados los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento a los integrantes de la muestra seleccionada, en la fase diagnóstica, y de acuerdo a lo planteado en este estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

El 77,41% de los estudiantes desconocen que el efecto de la adrenalina es de acción corta.

El 70,96% de los encuestados no conocen la intensidad del shock anafiláctico, ya que al referirse a este, se habla de una condición netamente grave.

Por otra parte el 70,96% de la muestra desconoce las diferentes vías de administración de fármacos para controlar un shock anafiláctico, ya que este porcentaje afirmó que la única vía de administración es la endovenosa.

El 41,93% de los encuestados no poseen conocimiento del orden en la secuencia de fármacos que se debe administrar a un paciente en estado de shock anafiláctico.

Tomando en cuenta que el 46,78% de la muestra no toma los signos vitales antes de empezar un tratamiento y el 48,38% de los mismos, se siente inseguro al momento de atender a un paciente sistémicamente comprometido, todo esto sumado a la deficiencia antes mencionada debe ser considerado con gran preocupación ya que el estudiante podría no asumir la actitud correcta para realizar el tratamiento del paciente en estado de shock anafiláctico, lo que podría llevar a la muerte del mismo.

RECOMENDACIONES

En atención a las conclusiones obtenidas, se propone ingresar al contenido programático cirugía bucal temas relacionados con emergencias odontológicas o ampliar los ya existentes con el fin de que los estudiantes no posean fallas en cuanto a conocimientos referentes a farmacología, fisiología y fisiopatología.

Realizar un póster para el área de cirugía con las maniobras necesarias para la atención de un paciente en estado de shock anafiláctico donde se aprecie paso a paso como debe atenderse un paciente comprometido y evitar de esta manera que la emergencia medica no llegue a peores consecuencias.

Por otra parte mantener el área de cirugía bien dotado de los medicamentos necesarios para la atención de esta emergencia medica-odontológica.

Como también enseñar aplicar primeros auxilios que abarquen de tomar vías para inducción del fármaco, como la toma de tensión arterial y oscultar para medir la frecuencia respiratoria del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hidalgo y Kolkowski (2001). *Complicación en la aplicación de Anestesia en Pacientes tesis de grado*. Valencia- Venezuela.

<http://www.farmakos.com/shock.htm>: Revisado 09-02-2005

<http://www.redalergia.com.ar/profesionales/contenidos/bibliodi/anafilaxia/anafilactico.html>: Revisado 09-02-2005

Hurtado, j. (1998). *Investigacion Holistica*. Fundación Sypal. Caracas- Venezuela

Marzi, Alberto y Valeri, Mario. *La Psicología en la educación contemporánea. Argentina* 1967 Pág. 312-320.

Orozco, Chirlillo, Labrador, María, Montañez Aleida. *Metodología. Manual Teórico Práctico para tesistas, asesore, tutores y jurados de trabajos de investigación y ascenso*. Venezuela 2002.

Puertas Hedí, Urbina Jesús, Blank Elvira, Granadillo Daisy, Blanchard Maritza, García José, Vargas Pedro, Chiquito Ana. *Bioestadística. Herramientas de Investigación*. Venezuela 1998.

Sierra, c. (2004). *Estrategias Para La Elaboración De Un Proyecto De Investigacion*. Maracay. Venezuela.

Speorman, L. *Enciclopedia de Psicología*. México 1.992.

UPEL. (2005). *Manual de la UPEL Universidad Pedagógica Experimental Libertador*
Wintrobe, m. (1976). *Harrison Medicina Interna*. Mexico Fournier. S.A.