



Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Ciclo: Licenciatura en Enfermería
Sede: FCM



TESIS FINAL

Tema: Conocimientos y manejo de las técnicas del control del dolor en pacientes neonatos por el personal enfermero

**Autoras: Godoy silvina Alejandra.
Oliva Valeria Adriana.**

Mendoza, diciembre 2015

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado en todo o en parte sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”

Acta de aprobación

Tribunal examinador:

Presidente.....

Vocal 1.....

Vocal 2.....

Integrantes del equipo tutorial:

Profesor.....

Profesor.....

Profesor.....

Trabajo aprobado el: / /

Resumen

Tema: “Conocimientos y manejo de las técnicas del control del dolor en pacientes neonatos por el personal enfermero”

Autoras: Godoy silvina Alejandra y Oliva Valeria Adriana

Lugar: Unidad de terapia intensiva neonatal de la clínica maternidad CERHU en la provincia de san Luis capital año 2015.

Introducción: la valoración y control del dolor neonatal juega un papel importante en el personal de enfermería ya que en sus manos está la mayor parte del cuidado de los recién nacidos, debido a que valoración del dolor es una percepción subjetiva en el caso del recién nacido ha sido y está siendo ignorada por los profesionales de la salud ya que estos pacientes no pueden expresarlo explícitamente esto provoca que la valoración y control del dolor se pase por alto al realizar procedimientos invasivos con repetidas punciones , entubaciones endotraqueales etc. Por este motivo en este trabajo de investigación se abarca temas como la fisiología de recién nacido, valoración del dolor, causas, signos fisiológicos y conductuales, tablas para medir el dolor, tratamientos para disminuir el dolor farmacológico , no farmacológico y base de conocimientos de enfermería

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre valoración y manejo de las técnicas del control del dolor (diagnostico de situación) en pacientes neonatales en la unidad de cuidados intensivos.

Método: Es un estudio con diseño de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal.

Resultados: La mayor parte del personal de enfermería es el 94% de sexo femenino, la mayor cantidad tiene entre 20 a 25 años de edad que corresponde al 41%. En formación académica el 47% son enfermeras /os universitaria/os. El 53% del total poseen experiencia menos de 1 año como enfermero neonatal, realizando cursos de capacitación sobre manejo del dolor el 47%.El 82% afirma que no existe un protocolo escrito de manejo y control del dolor en el área de trabajo. Al investigar preguntas sobre conocimientos del dolor en el neonato prematuro el 70% contesto correctamente, en cuanto a la identificación del dolor neonatal el 76% contesto correctamente

Conclusiones: la mitad del personal de enfermería son enfermeros universitarios y auxiliares poseen menos de un año de antigüedad laboral, pocos de ellos han realizado cursos de capacitación, se evidencia la falta de conocimientos sobre manejo del dolor en los datos estadísticos.

Recomendaciones: El personal de enfermería debe aprender habilidades, técnicas del control del dolor y desarrollar la experiencia necesaria para participar en forma activa del cuidado intensivo neonatal.

Palabras claves: dolor, neonato, prematuro, escala de dolor y protocolo, conducta dolorosa, subjetividad.

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a mi hija Candela por su apoyo y tolerancia a lo largo de todo este proceso, a mi familia y a la ayuda de las personas cercanas quienes han estado alentando mi esfuerzo por superarme a lo largo de estos dos años: silvina Godoy.

Gracias a mi familia y amigos por el apoyo que me han brindado para lograr esta meta propuesta que está llegando a su fin, por acompañarme en todo el proceso de aprendizaje: Valeria oliva.

No podemos de dejar de agradecer a nuestros profesores quienes brindaron todos sus conocimientos para formarnos en mejores profesionales. En especial a la Licenciada Reyes María Rosa.

Muchas gracias.....

Las Autoras.

Prologo

El presente trabajo de investigación se realizo con el propósito de implementar una solución a un problema que es observado desde hace mucho tiempo en nuestro lugar de trabajo, la terapia intensiva de cuidados críticos neonatales.

Desde que hemos comenzado nuestra profesión laboral como enfermeras nos hemos enfocado al cuidado en pacientes neonatales brindando protección consuelo y amor al mismo paciente y a la familia . Por tal motivo la realización de esta investigación representa aportes importantes para el personal que trabaja en la unidad de cuidados intensivos neonatales, enfermería, médicos etc. Y para el mismo paciente ya que el mismo se ve perjudicado sin ninguna posibilidad de defenderse ante fisiopatologías que provocan dolor o los procedimientos invasivos causados por el personal enfermero, médicos y técnicos de laboratorio

Debido a esto, el objetivo de este trabajo es determinar los cuidados de enfermería sobre valoración y control del dolor, investigar sus conocimientos para poder plantear una solución ya que enfermería puede aportar en mejorar el cuidado del recién nacido, las habilidades, la observación, la implementación de técnicas actuales del cuidado, la comunicación con la familia y el mismo grupo de salud.

Índice general

Caratula.....	I
Advertencia.....	II
Acta de aprobación.....	III
Resumen.....	IV
Agradecimientos.....	V
Prologo.....	VI
Índice general.....	VII-VIII
Índice de tablas y gráficos.....	IX-X
Capítulo I	
Introducción.....	pág. 1
Descripción del problema.....	pág. 2
Formulación, planteo del problema	pág.3
Justificación.....	pag.4
Objetivo general y específicos.....	pag.5
Marco teórico.....	pag.6 a 24
Capítulo II. Diseño metodológico:	
Hipótesis.....	pag.25
Variables.....	pag.25-27
Tipo de estudio.....	pag.28
Unidad de análisis.....	pag.29

Capítulo III. Resultado, Discusión y Propuestas.

Análisis y presentación de datos.....	pág.52
Propuestas	pag.53
Bibliografía.....	...pág.54
Anexos.....	pág.55
Entrevista al personal de enfermería.....	pag.56-58
Codificación de la tabla matriz.....	pag.59-61
Tabla matriz de datos.....	pag.62

Índice de tablas y gráficos

Tablas y gráficos N°1, N° de enfermeros, según edad.....	pág.30
Tablas y gráficos N°2, N° de enfermeros, según genero.....	pág. 31
Tablas y gráficos N°3, N° de enfermeros, según formación..... Académica.	pág.32
Tabla y gráficos N°4, N° de enfermeros, según experiencia..... Como enfermero/a neonatal.	pág.33
Tablas y gráficos N°7, N° de enfermeros, según utilización..... de una escala para medir el dolor.	pág.34
Tablas y gráficos N°5, N° de enfermeros, según capacitación..... Sobre manejo del dolor en neonatología.	pág.35
Tablas y gráficos N°6, N° de enfermeros, según existencia..... De un protocolo sobre manejo del dolor en el lugar de trabajo.	pág.36
Tablas y gráficos N°8, N° de enfermeros, según conocimientos..... Sobre manejo del dolor neonatal (el neonato prematuro 37> de EG no tiene madurez para sentir dolor)	pág.37
Tablas y gráficos N°9, N° de enfermeros, según conocimientos..... Sobre manejo del dolor neonatal (cuando el neonato presenta hipoxia no siente dolor).	pág.38
Tablas y gráficos N°10, N° de enfermeros, según conocimientos..... Sobre manejo del dolor neonatal (los signos de dolor son solo conductuales).	pág.39
Tablas y gráficos N°11, N° de enfermeros, según identificación..... Del dolor neonatal	pág.40
Tablas y gráficos N°12, N° de enfermeros, según acciones..... Que utilizan para medir el dolor neonatal.	pág.41
Tablas y gráficos N°13, N° de enfermeros, según acciones..... Que utilizan para medir el dolor neonato	pág.42

TABLAS BIVARIADAS	pag.43
Tablas y gráficos N°14, relación entre N° de enfermeros, según edad y nivel académico.....	pág.44
Tablas y gráficos N°15, relación entre N° de enfermeros, según edades y experiencia neonatal.....	pág. 45
Tablas y gráficos N°16, relación entre N° de enfermeros, según formación académica y capacitación neonatal.....	pág.46
Tabla y gráficos N°17, relación entre N° de enfermeros, según experiencia neonatal y y conocimientos de protocolo.....	pág.47
Tablas y gráficos N°18, relación entre N° de enfermeros, según experiencia neonatal e identificación del dolor.....	pág.48
Tablas y gráficos N°19, relación entre N° de enfermeros, según conocimientos sobre manejo del dolor.....	pág.49-50
Tablas y gráficos N°20, N° de enfermeros, según identificación del dolor neonatal.....	pág.51

Capítulo 1

Introducción

Este trabajo de investigación está orientado al estudio del nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre el control y manejo del dolor en pacientes neonatales, ya que los cuidados neonatales adecuados son importantes para el crecimiento y desarrollo del recién nacido evitando complicaciones neurosensoriales y cognitivas a largo plazo.

La interpretación del dolor es subjetiva y ha sido mucho tiempo negada en el recién nacido. Hoy podemos aceptar que dada la imposibilidad de cualquier tipo de verbalización, la única forma que tienen los neonatos para expresar el dolor son actitudes comportamentales y signos fisiológicos, esto hace que sea complejo juzgar la intensidad del dolor percibidos por diferentes pacientes.

Fisiológicamente en el momento de la conexión tálamo y cortical es importante para la percepción del dolor, ya que la mayor parte de las fibras talámicas hacen sinapsis en la corteza estas conexiones están bien establecidas a las 25 semanas de gestación, por lo tanto el neonato menor <37 semanas de edad gestacional también siente dolor.¹

El recién nacido hospitalizado aparte de sufrir la falta de vínculo constante de la madre es sometido a varios procedimientos invasivos por el cual el personal de enfermería que brinda cuidados neonatales debe estar familiarizados con las herramientas que se disponen para la identificación y evaluación del dolor como conocer las escalas de valoración del dolor, signos fisiológicos y conductuales que nos lleven a identificarlo, realizando procedimientos para disminuirlo como el tratamiento farmacológico y no farmacológico, también poder conocer los efectos adversos de los fármacos opiáceos y los riesgos neurosensoriales-cognitivos que pueden ocurrirle al recién nacido si hay un mal manejo del dolor.

Como integrantes del equipo de salud y enfermeras en la especialidad de neonatología observamos en nuestra área de trabajo la terapia neonatal de la clínica CERHU de la provincia de San Luis, un control y manejo del dolor inadecuado por parte del equipo enfermero debido a la falta de capacitación del personal. Se decide realizar la investigación para confirmar o no esta hipótesis.

En el trabajo de investigación se desarrollan abordajes teóricos sobre valoración del dolor en recién nacidos, cuidados de enfermería hacia la humanización en neonatología, teniendo como objetivo determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería realizada a través de entrevistas en la unidad de terapia intensiva neonatal dando como resultados datos estadísticos para luego implementar propuestas que brindan soluciones al problema.

¹ (Eduardo Narbona Lopez, 2008)

(manejo del dolor 2008, asociación española de pediatría)

Descripción del problema

El estudio del dolor ha ido avanzando en las últimas décadas, es una preocupación creciente entre los profesionales de la salud quienes consideran a la percepción del dolor como subjetiva y que aparece precozmente como una señal de lesión tisular, esa señal desencadena respuestas del comportamiento fisiológico que funciona como indicador valido del dolor que puede ser vista por un observador.

Ignorar la presencia del dolor en prematuros y recién nacidos a término en la unidad de cuidados intensivos por parte del personal de enfermería y medico es frecuente, debido a que estos pacientes no pueden expresarlo. En este caso no se considera como plan de cuidado aliviar el dolor.

Esta problemática es la que más se ha observado en nuestro lugar de trabajo, la Clínica Maternidad CERHU de la provincia de SAN LUIS CAPITAL presentando estas situaciones:

Recambio de personal de enfermería constantemente, en busca de mejoras salariales y menor cantidad de horas de trabajo contratados por el estado provincial, por tal motivo los directores encargados de la clínica CERHU se ven obligados a contratar personal nuevo con experiencia laboral menos de 1 año.

Se observa escasa capacitación del personal de enfermería priorizando otros cuidados en el neonato, siendo excluyente siempre el tema del manejo del dolor. También observamos el incumplimiento de protocolos sobre procedimientos invasivos debido a la exigencia del personal de enfermería, médicos y personal técnicos de laboratorio para realizar las técnicas rápidamente, ocasionando esto repetidas punciones de accesos periféricos y entubaciones endotraqueales sin analgesia previa provocando dolor y lesiones en la boca del neonato.

Tampoco se informa en los pases de guardia en forma escrita y oral si se ha realizado algún método para el control del dolor o administrado analgesia antes de los procedimientos invasivos y enfermería tampoco sugiere el uso de la misma.

No se utilizan frecuentemente las técnicas no farmacológicas, no se disminuye la luz, el ruido de alarma de los monitores y respiradores; el personal de enfermería conversa en voz alta al lado del paciente prematuro y/o crítico pasando por alto la valoración y técnicas del control del dolor.

Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre valoración y manejo del dolor en pacientes neonatales en la unidad de cuidados intensivos de la clínica maternidad CERHU de la provincia de SAN LUIS CAPITAL, durante el primer trimestre del año 2015?

Justificación

Analizar el conocimiento del grupo de enfermería nos da un panorama sobre el grado de capacitación que ellos tienen sobre el tema, sobre las habilidades que poseen para detectar, evaluar e intervenir de manera correcta el manejo y control del dolor en los recién nacidos.

Si el personal de enfermería puede considerar y reconocer el dolor en el paciente neonatal ocurrirían situaciones positivas como:

- Disminuiría el dolor y el estrés del recién nacido
- habría una mejor atención y la estabilidad clínica del paciente.
- Disminuiría el tratamiento farmacológico, usando medidas complementarias y técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor
- Prevenir complicaciones neurosensoriales y cognitivas en el recién nacido prematuro
- Se lograría una mejor atención a nivel institucional y recibir recomendaciones positivas del cuidado de enfermería en la terapia neonatal por parte del entorno.
- Aumentaría los conocimientos e interés del personal de enfermería sobre manejo del dolor beneficiándose para crecimiento personal y profesional del mismo, para poder establecer políticas de manejo del dolor con buena comunicación entre el quipo de salud con concientización y responsabilidad.
- Lograr incorporar a la familia del recién nacido con el objetivo de fomentar la humanización del cuidado realizando contacto piel a piel con los padres como técnica no farmacológica para aliviar el dolor.

De tal modo, si estas situaciones no se llevaran a cabo podría crecer la exposición prolongada, repetida del dolor y aumentar alteraciones en el desarrollo cognitivo del neonato prolongando su estadía de internación. Por otra parte el personal hospitalario disminuiría el nivel de percepción de que los recién nacidos sufren dolor.

El crear conciencia al personal de enfermería y al resto del quipo de salud, dará motivación para minimizar los estímulos dolorosos que son innecesarios para el paciente. De tal modo que lograra que la estadía de internación sea más corta, y que su patología de base no se vea alterada por el dolor.

Por lo tanto es imprescindible la capacitación del personal de enfermería para que pueda realizar un plan de cuidado sin dejar de lado al dolor.

Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre valoración y manejo de las técnicas del control del dolor (diagnostico de situación) en pacientes neonatales en la unidad de cuidados intensivos de la clínica maternidad CERHU de la provincia de SAN LUIS CAPITAL, durante el primer trimestre del año 2015.

Objetivos específicos

- Conocer el nivel de conocimientos sobre valoración del dolor en el personal de enfermería.
- Identificar las características del personal de enfermería de la terapia neonatal.
- Conocer tipos de técnicas del control del dolor que utiliza el personal de enfermería en pacientes neonatales.
- Establecer si el personal de enfermería conoce y recurre a fuentes de información (protocolos, normativas) sobre manejo del dolor en el área de trabajo.

Marco teórico

El dolor ha sido definido “como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencia, o definida en tales términos “por la International Asociación for the Study of Pain² (ISAP 1979)

La north american nursing diagnosis asociación³ (NANDA) incluye esta definición de la ISAP a la hora de incluir dolor como diagnostico, esta visión del dolor ha sido aceptada para tratar con adultos pero ha creado dudas al trabajar con neonatos.

El hecho que en la misma definición lleve implícita la expresión de la experiencia dolorosa, la convierte en algo un poco difuso, ya que aunque sabemos que los neonatos sufren dolor, no son capaces de expresarlo de una manera explícita y que seamos capaces de reconocerlo sin dudar, el dolor es una percepción subjetiva.

Fisiología del dolor en recién nacidos

En el recién nacido los receptores y vías de transmisión y procesamiento del dolor están presentes, durante la gestación se han ido desarrollando y madurando dichas estructuras y mecanismos.

Los primeros receptores cutáneos para el dolor se han detectado en la región perioral ya a la 7 semana de EG de forma casi simultánea al inicio del desarrollo del neocórtex fetal (8ª semana), estructura integradora del dolor.

Hacia la 20 semana se han completado el resto de receptores cutáneo-mucosos, y a la 30 semana de EG se establece la mielinización de las vías del dolor en el tronco cerebral tálamo y finalmente en los tractos nerviosos espinales, completándose dicho proceso en torno a las 37 semanas. La no mielinización o mielinización insuficiente no implica ausencia de transmisión del estímulo doloroso, sino una transmisión más lenta del mismo. El sistema nervioso periférico se considera funcional en la semana 20 postconcepcional.

La transmisión y respuesta al dolor forma parte de un complejo sistema en el que interaccionan numerosos mecanismos neuroendocrinos, con componentes tanto de sobre estimulación como de inhibición. En el recién nacido a término y pre término están inmaduros aún muchos mecanismos inhibitorios, por lo que el neonato puede presentar incluso respuestas fisiológicas y hormonales exageradas frente a un mismo estímulo doloroso que las mostradas por niños de mayor edad o adultos, presentando menor umbral del dolor cuanto menor es la edad gestacional del paciente.

² (asociación española de pediatría)

³ (NANDA 2009 diagnosticos de enfermería)

Consecuencias del dolor a corto y largo plazo

A corto plazo el recién nacido tras sufrir un estímulo doloroso como por ej.: en un pos-operatorio, si no se administra analgesia adecuada puede experimentar un aumento del catabolismo, del consumo de oxígeno de la frecuencia cardíaca, de la respiratoria y de la tensión arterial, en consecuencias entre otros, de un aumento de secreción de hormonas relacionadas con el estrés (catecolaminas, cortisol y glucagón)

El prematuro además presenta mayor riesgo de daño neurológico por patologías como la hemorragia intraventricular o isquemia cerebral, por aumento de la presión intracraneal .el dolor como fuente de estrés, si se trata de un estímulo crónico puede producir un aumento de la susceptibilidad a infecciones por la depresión del sistema inmune derivada del mismo.⁴

Por esta razón, las experiencias dolorosas en el recién nacido pueden producir alteraciones en la percepción del dolor y en el desarrollo neurológico que se manifestarán en edades posteriores de la niñez. Se ha observado que los recién nacidos y lactantes pequeños sometidos a estímulos dolorosos repetidos e intensos pueden tener trastornos del sueño a la alimentación y el temperamento, así como tendencia a la somatización y otras secuelas a largo plazo.

Tabla 1:⁵ Respuestas al estímulo doloroso en el recién nacido

<p>a) Respuestas fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Alteraciones de la frecuencia cardíaca• Alteraciones de la frecuencia respiratoria• Aumento de la presión intracraneal• Desaturación de oxígeno • Náuseas y vómitos • Disminución del flujo sanguíneo periférico	<p>b) Respuestas bioquímicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Hipermetabolismo• Hipermetabolismo• Hiperproducción de adrenalina• Hiperprolactinemia• Hipoinulinemia <p>c) Respuestas conductuales</p> <ul style="list-style-type: none">• Llanto• Insomnio• Agitación• Expresión facial
---	---

⁴ (Eduardo Narbona Lopez, 2008)

⁵ (manejo del dolor 2008, asociación española de pediatría)

Tras ver las variadas consecuencias que puede tener la repetición de los estímulos dolorosos y el dolor agudo en un neonato es necesario destacar que la prevención del dolor en neonatos críticos es no solo una obligación ética, sino que ayuda a prevenir tanto a corto o largo plazo las consecuencias adversas que estos padecerían si el tratamiento no es adecuado.

La habilidad de las enfermeras que realizan su cuidado en las unidades de neonatología para reconocer las respuestas que provoca el dolor en estos pacientes, es la base para un control del dolor eficaz.

Valoración del dolor en neonatos

A la hora de realizar una valoración del dolor, una de las herramientas más utilizadas entre los profesionales es la expresión o comunicación verbal.

La expresión de las características del dolor, facilita el conocimiento del origen, la localización y la gravedad de este. No obstante, en los pacientes de las unidades de cuidados intensivos de neonatología esta expresión verbal no es posible, por lo que se hace necesario buscar otras opciones para el reconocimiento de dicho dolor. A esta dificultad hay que añadir la subjetividad del dolor, la ausencia de experiencia previa, la variación individual para reaccionar a estímulos semejantes, además de la subjetividad del observador que evalúa el dolor.

Los niños que ingresan a la unidad de terapia neonatal sufren de dolor causada por la misma enfermedad o por los numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que están sometidos.

Si bien el dolor es un componente casi constante de enfermedades críticas y trauma en el niño, su manejo apropiado ha permanecido secundario al diagnóstico y a las medidas de soporte vital. Aún cuando el dolor es obvio, los niños frecuentemente no reciben tratamiento o lo reciben de forma inadecuada incluso para la realización de procedimientos dolorosos. El deber de los integrantes del equipo de salud es aliviar el sufrimiento y por ello el dolor debe ser un elemento primario de atención.

Aunque el dolor puede servir como advertencia de lesión, el dolor persistente no mitigado causa respuestas de stress que son nocivas para el paciente críticamente enfermo.

Por todo esto es necesario que la valoración del dolor se enfoque desde un punto de vista multidisciplinario, englobando tanto a enfermería, como auxiliares, médicos y los familiares que se encuentran en contacto con el neonato. Este conocimiento individual del paciente, puede resultar fundamental junto con la experiencia de la enfermera y la formación, a la hora de conseguir discernir si el bebé al que atendemos está sufriendo dolor o simplemente se encuentra irritado, incomodo.

Pero la evaluación apropiada del dolor es de vital importancia ya que no se puede tratar lo que no se aprecia, no se busca o no se conoce. Por tanto conocer la semiología del niño críticamente enfermo es un paso importante para poder tratarlo.

Por todo esto es necesario que la valoración del dolor se enfoque desde un punto de vista multidisciplinario, englobando tanto a enfermería, como auxiliares, médicos y los familiares que se encuentran en contacto con el neonato. Este conocimiento individual del paciente, puede resultar fundamental junto con la experiencia de la enfermera y la formación, a la hora de conseguir discernir si el bebé al que atendemos está sufriendo dolor o simplemente se encuentra irritado, incomodo .Algunos signos propios del dolor que el profesional de enfermería debe ser capaz de diferenciar de otros signos correspondientes a la irritabilidad son que el llanto en un neonato con dolor, será un llanto repentino, fuerte y con un volumen alto mientras que el que expresa incomodidad será lábil.

En los signos corporales (**tabla2**), el dolor estará representado por la disminución de la actividad, una postura rígida con tensión muscular y con extremidades flexionadas, rubor en la cara y la disminución de los periodos de alerta.

El recién nacido irritado, por el contrario, presentará un aumento de la actividad, con movimientos continuados, aunque sí que tendera a las posturas rígidas al igual que en el dolor, Por último, y como ya se ha comentado en apartados anteriores existen unas alteraciones fisiológicas inherentes al dolor como puede ser el aumento de la tensión arterial o la disminución de la saturación de oxígeno en la sangre, alteraciones estas que no aparecen en el neonato que presenta irritabilidad, a no ser que el aumento de actividad sea muy pronunciado y continuado en el tiempo.

Tabla 2:⁶ Parámetros comparativos entre dolor e irritabilidad

Expresión	Dolor	Irritabilidad
Verbal	Llanto repentino fuerte y alto	Débil
No verbal	disminución de la actividad Flexión de las extremidades Tensión muscular Postura rígida, cara ruborizada, disminución de los periodos de alerta.	Aumento de la actividad Postura rígida movimiento continuo de las extremidades
Fisiológicas	Aumento súbito de la frecuencia cardiaca hasta alrededor del 40% Cambio de color Disminución de la saturación de oxígeno Las alteraciones aparecen cuando el recién nacido aparenta estar dormido	la frecuencia cardiaca y la presión arterial aumenta solo con la actividad sin alteración del color a menos que la irritabilidad sea prolongada

Tabla 3:⁷ Causas de dolor en el recién nacido enfermo

Procedimientos	Patologías
Venopunturas punción arterial drenaje torácico punción lumbar punción suprapubica intubación traqueal retirada de adhesivos	Pos cirugía Enterocolitis necrotizante Osteoartritis Lesiones de la piel Aumento de la presión endocraneana Colección pleural entre otras....

⁶ (Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal: asistencia al recién nacido, 2002.Ed Panamericana)

⁷ (Sola Augusto Rogido Marta,., cuidados especiales del feto y del recién nacido VOL.II Ed. Científica Interamericana 2001)

Gran variedad de escalas están disponibles hoy en día para la valoración del dolor tanto en neonatos prematuros como en recién nacidos a término. La mayoría de ellos toman como referencia los cambios tanto fisiológicos (aumento de frecuencia cardiaca, disminución de saturación de oxígeno) como comportamientos mentales (llanto, cambios en el patrón del sueño), estas escalas han de poseer una serie de características comunes tales como ser fácilmente medibles, además de ser sencillas para reproducir, y estar validadas para poder considerar su uso habitual. Entre estas escalas, algunas se consideran solo aspectos comportamentales como los instrumentos de medida, otras además de fisiológicos.

Tabla 4.⁸ Escalas de valoración del dolor neonatal más utilizadas

- COMFORT scale
- Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP), útil para recién nacidos a término y pretérmino.
- Premature Infant Pain Profile (PIPP): para recién nacidos a término y pretérmino.
- Neonatal Facial Coding Scale (NFCS)
- Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)
- . CRIES Score
- Neonatal Pain Assessment and Sedation Scale
- Otras escalas: Pain Assessment Tool, Scale for Use in Newborns, Distress Scale for Ventilated Newborns and Infants, Infant's Body Coding System

⁸Manejo del recién nacido art 49 AEP
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/49.pdf>

Escalas de valoración del dolor basadas en indicadores conductuales

- **NIPS**⁹ (Neonatal Infant Pain Scale)

Este tipo de de escala es apta para recién nacidos a término, y valora las reacciones del comportamiento como respuesta al estímulo doloroso. Evalúa

Cambios en la expresión facial, llanto, patrón respiratorio, movimientos de brazos y piernas y el estado de alerta. Esta escala no debe usarse en forma aislada, debe tenerse en cuenta el estado global del niño y su ambiente. La puntuación máxima es de 7, si la puntuación es de 0, no existe dolor, si es de 7, se considera que el dolor es grave.

- **BIIP** (Behavioral Indicators of Infant Pain)

Esta escala ofrece una forma de medida del dolor en recién nacido pre término, y se basa en indicadores comportamentales, tales como movimientos faciales, el 11 estado de sueño/vigilia y dos tipos diferentes de movimientos de las manos.

Este instrumento ha demostrado su validez en la distinción entre procedimientos invasivos y no invasivos, y en el grado de dolor que estos provocan, por lo que se puede decir que se trata de una escala validada.

- **Escala de Amiel-** Tison Instrumento útil durante el 1 mes y hasta los 3 meses siguientes.

Este evalúa específicamente los signos conductuales más que fisiológicos, como el sueño, la expresión facial, el llanto, y los movimientos espontáneos, entre otros. En niños que están ventilados y miorelajados que no tienen expresión facial es útil el grado de dilatación de la pupila como medida de la actividad narcótica como una forma indirecta de la evaluación del dolor. Esta escala está compuesta por 10 indicadores conductuales los cuales tiene un valor de 0 a 2 cada uno, con una puntuación total de 20, en donde a mayor puntuación, menor dolor. Una puntuación menor de 15 puntos requiere tratamiento para el dolor.

- **NFCS** (Neonatal Facing Coding System)

Es una escala que se desarrolló para la valoración del dolor ante procedimientos dolorosos y requiere entrenamiento y tiempo para la codificación. Es una medida descriptiva basada en la expresión facial (movimientos musculares) por lo que puede presentar variaciones individuales sustanciales en la expresión y vigor de las respuestas. Se compone de 9 expresiones faciales distintas (cejas fruncidas, ojos cerrados y apretados, boca abierta, terminar de hacer). Esta escala ha demostrado su capacidad para detectar cambios en la expresión facial como respuesta a la punción con aguja en niños de todas las edades, incluyendo neonatos y prematuros, aunque con menos sensibilidad en niños más maduros.

Este instrumento puede ser utilizado durante los procedimientos dolorosos, desde el primer día del nacimiento hasta los 100 días e incluso los 4 meses. No es útil en los neonatos que se encuentran sedados. La escala NFCS requiere de personal capacitado ya que depende de la observación para una correcta evaluación del dolor. Es un instrumento con un valor máximo de 9 puntos. Una puntuación de 0 puntos significaría que no existe dolor, y una de 9 que el dolor es intenso.

- **Score EDIN** (Escala de dolor e incomodidad del neonato)

Este instrumento valora la expresión facial, tono muscular, sueño, relación y contacto con el entorno (personas y medio ambiente). Es útil en recién nacido pre término desde 35 a 26 semanas de gestación; por otra parte, no es valorable en niños bajo efectos de sedación o analgesia. Es conveniente destacar que los aspectos evaluados en esta escala pueden estar relacionados con estrés, discomfort, agresividad del medio físico, alteraciones básicas tales como sueño, succión, afecto y contacto con la madre.

Por lo tanto es necesario tratar de mantener los aspectos bien cubiertos para que la escala sea más adaptada al dolor. La puntuación va de 0 a 12 puntos, a mayor puntuación mayor dolor. 12 Escalas de valoración del dolor basadas en indicadores mixtos (conductuales y fisiológicos).

- **PIPP** (Premature Infant Pain Profile)

Es una escala de 7 reactivos y cada ítem se estimara del 0 al 3 para valorar el dolor en los prematuros, es un perfil peculiar que incluye modificadores contextuales como la edad gestacional y el estado conductual. Esta escala se adapta a las condiciones anátomo-fisiológicas del recién nacido tanto a término como al prematuro, hasta ahora se considera la más útil y completa pues mide la edad gestacional, conducta, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, ceño fruncido, ojos apretados y surco nasolabial, no es apta para niños sedados y se recomienda su empleo antes y después del procedimiento su manejo es recomendable en neonatos de 28 a 40 semanas de gestación. El puntaje máximo en los recién nacidos es de 21 y en recién nacidos a término es de 18. Si la puntuación es de 6 ó menor, el dolor es mínimo o no existe, si este es moderado la puntuación será de 7 a 12 y si es mayor de 12 es moderado o grave.

- **CRIS Score** (Crying Requires Oxygen for Saturation Increase Vital Signs)

Es una medida del dolor postoperatorio. Su nombre es un acrónimo en inglés que incluye los cinco parámetros conductuales y fisiológicos que recoge, C=llanto, R=necesidad de oxígeno para conservar una saturación mayor del 95%, I= incremento de los signos vitales, E= expresión facial y S= insomnio. Su puntuación es válida en el recién nacidos postoperado, la evaluación del dolor debe hacerse cada 2 horas en un periodo no menor de 24 horas y cada 4 horas durante las siguientes 48 horas . Con una valoración máxima de 10 puntos, cada parámetro tiene una valoración de 0, 1 y 2. Una puntuación mayor de cuatro, indica ya un

dolor significativo. Si la puntuación es igual o mayor que cinco debe ser administrada analgesia para el aliviar de dolor.

- **Escala de GIVENS**

Este instrumento de medida del dolor en recién nacidos desarrollado por Susan Givens cuenta con 10 variables, 6 variables conductuales (acción de dormir, expresión facial, actividad motora espontánea, tono global, consuelo y llanto), y 4 variables fisiológicas (frecuencia cardíaca, presión arterial (sistólica), frecuencia respiratoria, y cualidades y saturación de oxígeno). Esta escala permite valorar de forma rápida la intensidad del dolor. Las variables van de 0 a 2, donde 0 es ausencia de dolor, y 2 máxima expresión de dolor, obteniéndose en total una puntuación de 0 a 20 donde: < 4 muestra que no existe dolor, 5-8 un dolor moderado y >9 demuestra un dolor intenso.

- **Escala de COMFORT**

Esta escala evalúa los signos conductuales y fisiológicos como la ventilación espontáneo u asistida, despierto o en estado de sedación. Tono muscular, movimientos corporales, expresión facial, frecuencia cardíaca y presión arterial. Esta está validada para la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales). La escala COMFORT mide 7 parámetros y cada uno de ellos tiene valores que van desde 1 a 5 puntos; por lo tanto la puntuación máxima y que nos estaría hablando de dolor extremo es de 35 puntos y un mínimo de 7 puntos indican control adecuado del dolor.

- **Escala COVERS**

Esta medida de valoración está basada en seis ítems tanto fisiológicos como conductuales diferentes. Cada uno de ellos tiene una posible puntuación de 0, 1 o 2, con una puntuación total máxima de 12 puntos. Las medidas fisiológicas incluyen cambios en el ritmo cardíaco, presión sanguínea y ritmo respiratorio.

Los indicadores conductuales incluyen la expresión facial, el estado de descanso, los movimientos corporales, el llanto y manejo del dolor en unidades de neonatales. Los neonatos ingresados en las unidades de cuidados intensivos de neonatología, como se ha comentado ya con anterioridad, han de pasar por un gran número de manipulaciones y procedimientos estresantes, y en algunas ocasiones, dolorosos, que les perturban, alterando sobre todo a su patrón de sueño.

Algunos ejemplos de escalas más utilizadas:

Mediciones conductuales

Tipo de llanto: 1 à No 2à Quejidos 3- Llanto	Expresión facial: 0 à Alegre (risa) 1 à Preocupado 2 à Puchero	Comportamiento: 1à Tranquilo, inmóvil 2à Agitado, rígido
Brazos: 1à No se toca la herida 2à Si se toca la herida	Piernas: 1 à Relajado 2à Movimientos y golpes	Lenguaje: 0à No se queja 1à Se queja pero no de dolor 1à En silencio 2à Se queja de dolor
Total Puntuación:		

Valoración según llanto:

(-)	(+)	(++)	(+++)	(++++)
Tranquilo, no llora	Llora o retiro reflejo de la zona estimulada	Llora y retiro reflejo de la zona estimulada	Continua llorando en brazos de la mamá durante la entrega de indicaciones	Igual al anterior y se retira del box llorando

Escala de caras:



Constantes Vitales:

Frecuencia Cardíaca		Frecuencia Respiratoria	
Presión Sistólica		Presión Diastólica	
Temperatura Rectal		Temperatura Axilar	
SaO ₂		Sudoración palmar (-, +, ++, +++)	

Mediciones de tipo biológico:

Observación	Criterio	Puntos
Frecuencia cardiaca:	+ 20% de lo normal	0
	> 30% de lo normal	1
	> 40% de lo normal	2
Presión Sanguínea:	+ 10% de lo normal	0
	> 20% de lo normal	1
	> 40% de lo normal	2
Llanto:	No llora	0
	Llora pero responde a mimos	1
	Llora pero no responde a mimos	2
Movimientos:	Ninguno	0
	Inquieto	1
	Exaltado	2
Agitación:	Dormido	0
	Leve	1
	Histérico	2
Postura:	Indiferente	0
	Flexión piernas y muslos	1
	Agarrarse sitio de dolor	2
Verbalización del dolor	Dormido	0
	No puede localizarlo	1
	Lo puede localizar	2
Total de Puntos:		

Dolor en recién nacido pre termino

Criterios	Observación	Puntos
Sueño	Puede conciliar el sueño	0
	Brevemente	1
	No puede conciliar el sueño	2
Mímica	No	0
	Intermitente	1
	Animia	2
Llanto	Normal	0
	Agudo	1
	Permanente	2
Movilidad espontánea	Calma	0
	Modulada	1
	Agitación permanente	2
Excitabilidad	Modo espontaneo	0
	Reactividad aumentada	1
	Disminuida	2
Extensión de dedos de mano y pie:	No	0
	Intermitente	1
	Permanente	2
Succión vigorosa:	Sí	0
	Discontinua	1
	No	2

Escala de valoración del dolor en Neonatología © 1993-1994 Susan Givens Bell¹⁰

	ESCALA		
SIGNOS CONDUCTUALES	2	1	0
1. Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5-10 minutos	Duerme más de 10 minutos
2. Expresión facial de dolor	Marcado constante	Menos marcado intermitente	Calmado, relajado
3. Actividad motora espontánea	Agitación incesante o ninguna actividad	Agitación moderada o la actividad disminuida	Normal
4. Tono global	Hipertonicidad fuerte o hipotonicidad, flácido	Hipertonicidad moderada o hipotonicidad moderada	Normal
5. Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo dentro de 1 minuto
6. Llanto	Llanto vigoroso	Quejido	No llora ni se queja
SIGNOS FISIOLÓGICOS	2	1	0
7. Frecuencia Cardíaca	> 20% aumento	10-20% aumento	Dentro de la normalidad
8. Presión arterial (sistólica)	>10 mm. Hg. de aumento	10 mm. Hg. de aumento	Dentro de la normalidad
9. Frecuencia Respiratoria y cualidades	Apnea o taquipnea	Pausas de apnea	Dentro de la normalidad
10. SaO ₂	>10% de aumento de FiO ₂	£ al 10% de aumento de FiO ₂	Ningún aumento en FiO ₂
Se considerará arbitrariamente que un neonato con una valoración de 0-5 tiene un control del dolor adecuado.			
Total de puntos obtenidos			

<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo10/capitulo10.htm>

¹⁰ valoración del dolor en neonatología .sociedad española2005

Tratamiento del dolor

La estrategia del estaré relacionada con la situación clínica y con la intensidad del dolor siendo necesario evaluar detenidamente y de modo dinámico cada caso, a la hora de evaluar el manejo del dolor en las unidades de neonatología se mencionan las posibilidades terapéuticas frente al dolor neonatal.

Tratamiento no farmacológico¹¹: modificación del ambiente y distracción

- Disminución de la estimulación externa.
- Disminución de los niveles de luz, ruido y manipulación.
- Uso de chupete, técnicas de sujeción
- Cambio de posición.
- Acariciar.
- Tener en brazos, contacto piel a piel.
- Hidroterapia (baño).
- Agrupar todos los procedimientos, dejando tiempo para recuperación.
- Ofrecer dextrosa al 5% en el chupete 1ml.

El uso de soluciones azucaradas se ha propuesto recientemente como analgésico seguro y eficaz para procedimientos menores en recién nacidos sanos, probablemente en formas aisladas son medidas insuficientes para tratar el dolor, si bien puede ser de utilidad para disminuir el displacer y el estrés ante el dolor.

Tratamiento farmacológico: drogas analgésicas usadas más frecuentes

No opiáceos: paracetamol, ibuprofeno, dipirona.

Opiáceos: morfina, fentanilo, nubaina.

Sedantes e hipnóticos: hidrato de cloral

Anestésicos locales: lidocaína, bupivacaina

En los recién nacidos la vía de administración principal en la práctica es la endovenosa debido a que la vía oral es poco fiable por la desigual absorción que se produce a causa de las características del flujo gastrointestinal y el PH gástrico. Por otro lado la vía intramuscular no debería ser utilizada, por las probabilidades altas de causar lesión y dolor al paciente. El neonato especialmente el prematuro posee una inmadurez funcional que provoca una mayor dificultad para la eliminación del fármaco, esto puede tener como consecuencia una sobre dosificación.

Los analgésicos opiáceos se han mostrado eficaces en la prevención de algunas consecuencias clínicas del dolor, el problema de la utilización de opiáceos puede

¹¹(Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal: asistencia al recién nacido, 2002.Ed Panamericana

Augusto Sola ,Marta Rogido.cuidados especiales del feto y del recién nacido VOL.II Ed. científica Interamericana 2001)

padecer los efectos secundarios de estos debido a su inmadurez funcional (depresión respiratoria, bradicardia, tolerancia, dependencia, náuseas, disminución de la motilidad intestinal, liberación de histamina, rigidez de la pared torácica).¹²

Es así como el uso de fármacos en el tratamiento del dolor también debe ser monitorizado rigurosamente el uso de ellos para poder obtener una valoración completa del uso de cada fármaco y la patología en la que ha sido implementado

Prevención del dolor

Lo ideal es eliminar el dolor por medio de la prevención; sin embargo, ésta estrategia no es posible en la unidad de terapia neonatal. ya que no se puede realizar la "analgesia preventiva", por tanto no se puede prevenir, el dolor producido por la patología de base.

La prevención del dolor en la unidad de terapia neonatal, va destinada a evitar el dolor que se sabe va a ser producido por la realización de procedimientos invasivos como:

- Cateterización de vías venosas, centrales y arteriales: éste dolor puede ser prevenido aplicando anestesia local en el sitio de la punción.
- Colocación de tubos de tórax: deben ser colocados con el empleo de sedo-analgesia.
- Crear un ambiente físico más apropiado, disminuyendo los estímulos sonoros.
- Facilitar el ritmo de sueño fisiológico.
- Permitir en lo posible la presencia de los padres.
- Propiciar el contacto físico agradable, como las caricias.

¹²(Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal: asistencia al recién nacido, 2002.Ed Panamericana
Augusto Sola ,Marta Rogido.cuidados especiales del feto y del recién nacido VOL.II Ed. científica Interamericana 2001)

Criterios de Enfermería en el Cuidado Neonatal

Evitar el dolor, y calmarlo con medidas de intensidad adecuada al estímulo doloroso, deben formar parte de los objetivos de calidad de la asistencia neonatal, y su medición es necesaria para saber si se alcanzan o no los criterios de calidad. Por ello, parece importante llevar a cabo en las unidades de neonatología iniciativas como: programas de educación sobre el dolor neonatal para todos los profesionales que asisten al recién nacido (programas de entrenamiento del empleo de escalas del dolor, formación continuada con actualización de conocimientos), políticas de utilización de medidas del dolor del recién nacido e incorporación de protocolos o guías clínicas, que seguramente contribuirán a un mejor control del dolor en el período neonatal.¹³

El uso de teorías o modelos conceptuales, como la teoría de Ernestina Wiedenbach, (enfermera europea.1900-1998) propuso que las enfermeras deben identificar las necesidades de ayuda de los pacientes mediante:

- La observación de comportamientos compatibles o incompatibles con su bienestar.
- Exploración del significado de su comportamiento, determinación de la causa de su malestar o incapacidad.
- Determinación de si pueden resolver sus problemas o si tienen necesidad de ayuda.

Así mismo, Wiedenbach exige que las enfermeras/o posean un conocimiento amplio de los estados normales y patológicos, comprensión profunda de la psicología humana y competencias en las técnicas clínicas para la planificación de los cuidados son necesarias para satisfacer sus necesidades de ayuda.¹⁴

Enfermería en el área materno neonatal, es quien brinda cuidados a la madre y el niño y debe ser ejercida únicamente para hacer el bien, la formación ética consiste en el aprendizaje, reflexión, toma de decisión eficaz y se internaliza desde la etapa de estudiante en forma vivencial que debe ser ejercitada en su vida personal y profesional ante la madre, el neonato, equipo y la sociedad.

Humanización del cuidado en neonatología

Conclusiones de la reunión celebrada por el Grupo de Estudios Neonatológicos de Madrid (G.E.N.M.A.), formado por los Servicios y Secciones de Neonatología de los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, con el patrocinio de la Sociedad Española de Neonatología y la Dirección del Hospital "12 de Octubre" de Madrid.¹⁵ Estuvieron presentes miembros de las áreas neonatológicas de Hospitales de provincias limítrofes subsidiarias de la atención neonatológica de Madrid... Para mejorar la humanización de las Unidades de Neonatología es necesario alcanzar los siguientes puntos:

¹³ <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo10/capitulo10.htm>

Valoración del dolor en pediatría y neonatología.

¹⁴ <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.ar/2012/06/wiedenbach-ernestine.html>

¹⁵ <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/HUMANIZACION.pdf>

- Dedicar la misma atención al "cuidado integral" de nuestros pequeños pacientes que a su "curación".
- Mejorar los conocimientos del personal sanitario en bioética para poder analizar de forma correcta los dilemas éticos que se plantean, cada vez con mayor frecuencia, en neonatología.
- Conseguir un consenso ético profesional y social que se concrete en el desarrollo de "Recomendaciones" que constituyan, junto con el asesoramiento de los emergentes Comités Asistenciales de Ética, una útil ayuda para la toma de decisiones conflictivas.
- Incorporar a nuestro trabajo marcadores de control de calidad como eficacia, eficiencia y valoración del mejor interés del niño (beneficio / perjuicio).
- Desarrollar el trabajo coordinado de grupos de neonatologías, en colaboración con expertos en epidemiología y bioestadística, que permita valorar correctamente la eficacia, a corto y largo plazo, de las intervenciones médicas, para aproximarse al ejercicio de una medicina basada en la evidencia.
- **Evaluar correctamente el dolor de estos pacientes, prevenir su sufrimiento disminuyendo las agresiones y procedimientos dolorosos a los estrictamente necesarios y utilizar medidas de tratamiento del dolor, no farmacológicas y farmacológicas, de forma escalonada según la intensidad del dolor.**
- Proporcionar a todo neonato en fase terminal asistencia humanitaria, consuelo y medidas de sostén para una muerte digna. Apoyar emocionalmente a la familia y promover las medidas que faciliten el proceso de superación de la pena.
- Recuperar el "arte" de la comunicación médico-paciente, que en el caso de la neonatología se establecerá como comunicación con los padres, y educar a todo el personal sanitario para conseguir una buena comunicación.
- Buscar las claves del contenido de la información médica que puedan ayudar a los padres de los recién nacidos críticamente enfermos.
- Facilitar la creación del vínculo entre padres e hijos, mediante una adecuada relación del personal sanitario con los padres, la apertura de las Unidades Neonatales a la familia y estimulando a los padres a que mantengan contacto físico con su hijo y colaboren en sus cuidados.

- Rodear al niño hospitalizado de un ambiente cómodo y placentero, intentando que sea lo más semejante a un hogar para ellos y sus familias.
- Ofrecer la estimulación adecuada a los niños que precisan hospitalización prolongada, como es el caso de los grandes prematuros.
- Proporcionar un ambiente adecuado al recién nacido frágil (neonatos a término enfermos y grandes prematuros), que permita no sólo la curación de las patologías, sino también el desarrollo emocional del niño, la organización de su sistema nervioso y la aparición de un vínculo con sus padres. Hay que conseguir un ambiente menos agresivo y más confortable.
- Buscar formas de ayudar a los padres a enfrentarse en mejores condiciones a la patología del recién nacido.

Cumplimiento de protocolo

Como es de importante la formación física del espacio que ocupara las instalaciones de la unidad de terapia neonatal es así de importante que este cumpla con diversas normativas de trabajo para que sea cumplido en el momento del manejo del paciente, es por esto que surgen los protocolos en las distintas unidades para que todos trabajen igual y que los pacientes reciban una misma atención.

El protocolo debe ser adecuado para cada unidad y para el tipo de paciente que atiende, debe estar basado en la evidencia creado por el quipo de salud y ser revisto cada periodo de tiempo para que sea eficaz y se pueda modificar las desventajas que dé el surjan.

Base de conocimiento para la enfermería neonatal

Hay una gran cantidad de conocimientos necesarios para la enfermería neonatal como lograr la meta del cuidado seguro, eficaz centrados en la familia para los recién nacidos de alto riesgo.

Los factores de riesgo que incluyen, los genéticos, los periodos críticos de desarrollo, los factores sociales como el abuso de sustancias y la pobreza son áreas de los conocimientos necesarios para la enfermería neonatal. Los principios de nutrición control de infección, farmacología, ventilación, termorregulación y control del dolor, constituyen la base de muchas prácticas en el cuidado neonatal y deben comprender por completo.

El cuidado del desarrollo es esencial e involucra al conocimiento acerca del impacto del desarrollo en las reacciones del comportamiento, el efecto de los estímulos medio ambientales en el sistema nervioso central inmaduro y una apreciación de las diferencias individuales entre los recién nacidos de la terapia neonatal.

Es indispensable una comprensión completa de la fisiología normal como de la fisiopatología de los procesos mórbidos, es necesario conocer los efectos de la enfermedad en el desarrollo de los órganos del recién nacido prematuro de a término para saber interpretar las respuestas individuales del recién nacido en cualquier punto de la evolución gestacional.

Es necesario el conocimiento de las investigaciones recientes en el campo de la enfermería dirigidas a problemas clínicos normales actuales utilizadas en el mantenimiento del nivel atención para que los enfermeros neonatales lo apliquen al cuidado neonatal, esto incluye políticas del hospital y procedimientos así como estándares y nacionales para que la atención se mantenga según normas.

Los enfermeros neonatales necesitan utilizar los recursos escritos apropiados que incluyen libros de textos, médico y de enfermería, artículos específicos para el cuidado del recién nacido normal y de alto riesgo.¹⁶

Es de esperar que se estimule la educación dentro del servicio basada en la unidad y participación de conferencias de enfermería neonatal regional y nacional a fin de reforzar el conocimiento sobre los cuidados actuales y reforzar el trabajo compartido con otros enfermeros neonatales.

¹⁶ Gordon .b.avery. neonatología y fisiopatología del recién nacido.2001

Palabras Claves

Conocimiento: es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

Prematuro: termino para el feto nacido antes de tiempo.

Neonato: recién nacido que tiene 27 días o menos desde su nacimiento.

Dolor: según el NANDA es el estado en que el individuo experimenta o comunica la presencia de una molestia grave o situación incómoda.¹⁷

Escala de dolor: instrumento utilizado por el profesional para medir el dolor, generalmente la intensidad del dolor puede ser de diferente tipo, y se utilizan distintas escalas por ejemplo: escala descriptiva que se basa en el numero que el paciente determina el valor del dolor. escala visual: línea recta donde el paciente indica el máximo o mínimo del dolor. cuestionario: preguntas de cómo es el dolor.

Conducta dolorosa: se destaca los signos de dolor (gemido o facies dolorosa, etc.)

Protocolo: ciertas reglas establecidas para el trato o trabajo social. Conjunto de reglas de formalidad establecida.

Subjetividad: propiedad de las percepciones, argumento y lenguaje basado en el punto de vista del sujeto.¹⁸

¹⁷ (NANDA 2009 diagnosticos de enfermeria)

¹⁸ <https://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento,protocolo,subjetividad,escala> de dolor.

Capítulo II

Diseño metodológico

Hipótesis

El personal de enfermería posee escasos conocimientos sobre valoración y manejo del dolor en pacientes neonatales, debido a la falta de capacitación en la unidad de cuidados intensivos de la clínica maternidad CERHU de la provincia de SAN LUIS CAPITAL, durante el primer trimestre del año 2015.

Variables

Independiente: características del personal de enfermería.

Dependiente: nivel de conocimientos sobre valoración y manejo del dolor.

Intermedia: Conocimientos sobre la identificación del dolor en el neonato.
Acciones para disminuir el dolor.

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
Características del personal de enfermería	Cualidades de una persona que la distinguen del resto, como datos demográficos etc.	Genero	<ul style="list-style-type: none">➤ Femenino➤ masculino
		Edad	<ul style="list-style-type: none">➤ De 20 a 25 años➤ De 26 a 30 años➤ De 31 a 40 años➤ Más de 40 años

		Formación académica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Licenciado /a en enfermería ➤ Enfermero/a universitario/a ➤ Auxiliar de enfermería
		Antigüedad laboral en el servicio de neonatología	<ul style="list-style-type: none"> ➤ menos de 1 año ➤ de 1 a 5 años ➤ de 6 a 10 años ➤ más de 10 años
		Capacitación sobre el manejo del dolor en neonatos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ cursos ➤ ateneos ➤ congresos ➤ ninguno
		Existencia de un protocolo para manejo del dolor en el servicio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ si ➤ no
		Utiliza alguna escala para medir el dolor	<ul style="list-style-type: none"> ➤ si ➤ no ➤ desconozco
		En caso de afirmativo ¿cuáles?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comfort scale ➤ BIIP ➤ PIPP ➤ NFCS ➤ NIPS ➤ Cries score

<p>Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre valoración y manejo del dolor en pacientes neonatos</p> <p>Conocimientos de identificación del dolor en neonatos</p>	<p>Grado de la acción del saber o entender acerca de la valoración del manejo del dolor</p> <p>Grado de conocer</p>	<p>El neonato prematuro < 37 de E G no tiene madurez para sentir dolor</p> <p>Cuando el neonato presenta hipoxia no siente dolor</p> <p>Los signos de dolor son solo conductuales</p> <p>Aumento de la frecuencia cardiaca</p> <p>Y expresiones faciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verdadero ➤ Falso ➤ Desconozco ➤ Verdadero ➤ Falso ➤ Desconozco ➤ Verdadero ➤ Falso ➤ Desconozco ➤ Correcto ➤ Incorrecto ➤ desconozco
<p>Acciones para disminuir el dolor</p>	<p>Procedimiento o técnicas ante una causa</p>	<p>Disminuir la luz , el ruido y administrar opiáceos</p> <p>Colocar compresas frías y hablarle al oído</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No ➤ Desconozco ➤ Si ➤ No ➤ Desconozco

Tipo de estudio

Se ha elegido para la investigación un estudio cuantitativo ya que su objetivo es conocer el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre la valoración y manejo del dolor en neonato y expresar de forma estadísticas las características asociadas. De acuerdo al periodo y secuencia del estudio es de tipo transversal porque las variables se analizan en un determinado tiempo (durante el primer trimestre del presente año)

Por otra parte, según el análisis y alcance de los resultados, el estudio es de tipo descriptivo porque se pretende medir y recoger información sobre las características como el perfil de enfermería y los conocimientos que adquieren relacionados con el manejo y control del dolor en los pacientes neonatos.

El estudio también es de tipo explicativo, ya que busca el porqué del fenómeno.

De acuerdo a su finalidad la investigación es aplicada y de campo ya que tiene como objetivo la solución de un problema, como mejorar el cuidado enfermero en cuanto al control del manejo del dolor en el recién nacido.

La investigación se realiza en el área de cuidados intensivos de neonatología clínica maternidad CERHU San Luis capital.

Universo y muestra

Área de estudio:

La Clínica privada CERHU está ubicada en la ciudad de San Luis capital en la calle Maipú 984, entre las calles Lavalle y Pedernera.

Se inauguró en 1994, se especializaba en medicina reproductiva. En 1998 se inaugura la maternidad, solo se internaban paciente de reproducción humana que habían sido concebidos a través del sistema de reproducción artificial, era una maternidad muy pequeña con 4 camas, 1 quirófano y 1 sala de parto.

Los nacimientos se acrecentaron tanto que el lugar comenzó a quedar chico, por lo que se adquiere un nuevo edificio que se encuentra ubicado frente al edificio viejo, estos se unen por un puente.

En la actualidad la clínica cuenta con 12 habitaciones y 25 camas de uso para la maternidad, en el edificio nuevo se encuentra la área de pediatría con 4 habitaciones, neonatología con 12 unidades, 6 consultorios pediátricos y diagnóstico por imágenes (tomógrafo, ecógrafo y rayos x.). Además cuenta con farmacia, laboratorio, espacio de juegos para los niños y un área administrativa.

La clínica recibe derivaciones de toda la provincia, siendo el segundo centro de alta complejidad en el área de terapia neonatal. Atendiendo mutuales, particulares y pacientes que son enviados de la maternidad provincial pública.

La unidad de terapia neonatal cuenta con 12 unidades para la internación del neonato de alto riesgo EG:<37 semanas y a termino> 37EG, cada unidad posee equipamiento completo, monitores, saturómetros, oxígeno, aire y aspiración central, también tiene 5 respiradores uno de ellos de alta frecuencia, equipo completo de reanimación. Está constituido por un equipo de trabajo de 17 enfermeras (universitarias, licenciadas y auxiliares), los cuales realizan turnos con horarios rotativos, 5 médicos residentes, 3 neonatólogos y 1 kinesiólogo. La jornada de trabajo se constituye de 8 horas y en ese turno se encuentran 2 enfermeros, 1 médico residente y 1 neonatólogo.

En el área de neonatología no existe un protocolo del control y manejo del dolor escrito, lo cual el manejo del control del dolor se realiza mediante un protocolo explícito por el director médico, como administrar analgesia antes de las punciones percutáneas, entubación endotraqueal y tratamiento con indicación horaria para dolor pos quirúrgico.

Unidad de análisis

La unidad de análisis está conformada por cada uno de los 17 enfermeros a los que se realiza la encuesta.

Métodos e instrumentos de recolección de datos

El método a utilizar es una entrevista y se utilizara como instrumento una encuesta con preguntas cerradas y conceptos afirmativos de múltiple opción.

Capítulo III

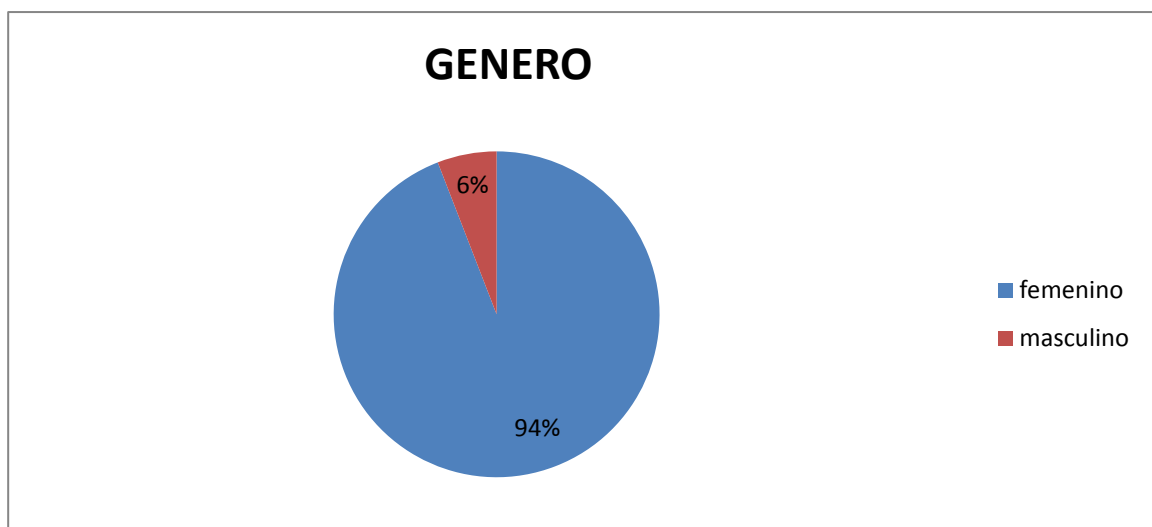
TABLA N° 1

“Numero de enfermeros encuestados, según genero” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

GENERO		
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
FEMENINO	16	94%
MASCULINO	1	6%
TOTAL	17	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015.

GRAFICO N°1



Comentario: la grafica evidencia que la mayor parte de personal de enfermería son femeninos y escasa cantidad del personal masculino.

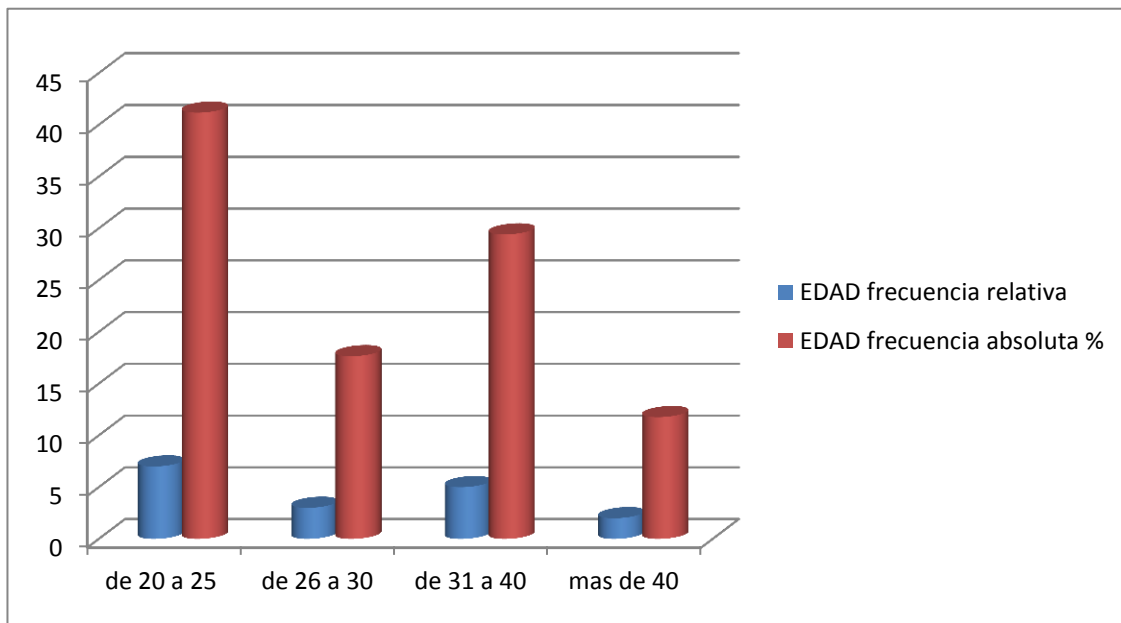
TABLA N° 2

“Numero de enfermeros encuestados, según edad” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

EDAD		
AÑOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
DE 20 A 25	7	41%
DE 26 A 30	3	18%
DE 31 A 40	5	29%
MAS DE 40	2	12%
TOTAL	17	100%

Fuente; datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015.

GRAFICO N°2



Comentario: el grafico muestra que la mayor cantidad del personal de enfermería tienen entre 20 a 25 años lo cual evidencia ser un grupo de con pocos años de antigüedad en el servicio de neonatología.

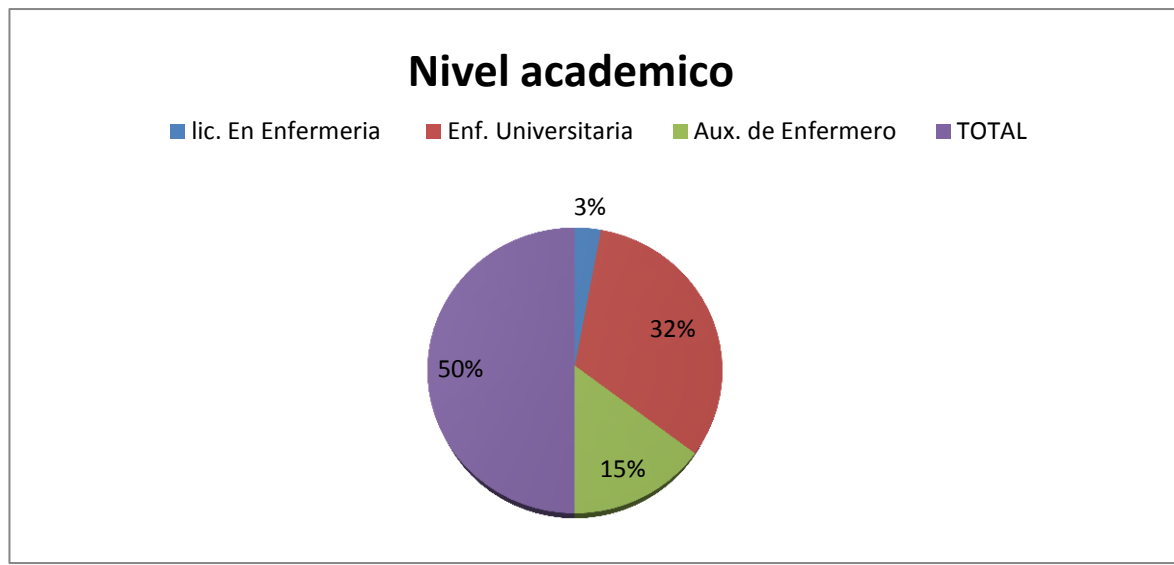
TABLA N° 3

“Numero de enfermeros encuestados, según nivel académico” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

NIVEL ACADEMICO		
NIVEL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA%
LIC. EN ENFERMERIA	1	6%
ENF. UNIVERSITARIA	11	65%
AUX. DE ENFERMERO	5	29%
TOTAL	17	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015.

GRAFICO N°3



Comentario: el grafico muestra que el total del personal d enfermería son 32% universitarios, el 15% auxiliares y solamente el 3% es licenciado/a.

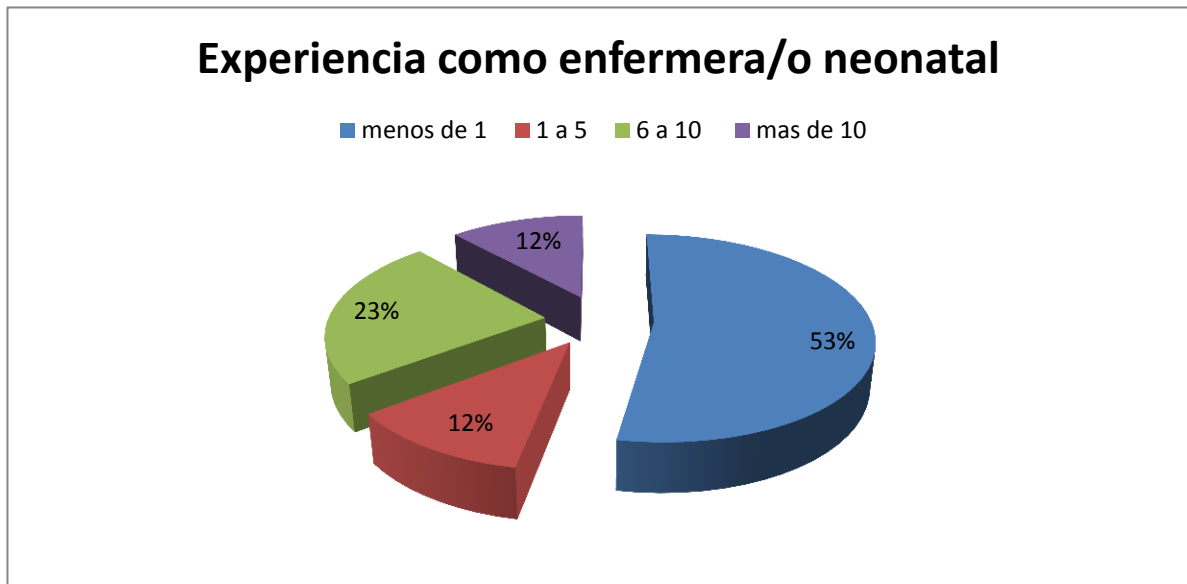
TABLA N°4

“Numero de enfermeros encuestados, según experiencia como enfermero/a neonatal” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

EXPERIENCIA COMO ENFERMERA/O NEONATAL		
AÑOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
MENOS DE 1	9	53%
1 A 5	2	12%
6 A 10	4	24%
MÁS DE 10	2	12%
TOTAL	17	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015.

GRAFICO N°4



Comentario: el gráfico muestra que el 53% del personal de enfermería tienen menos de 1 año de experiencia como enfermero/a neonatal, el 23% de 6 a 10 años, el 12% es equitativo a de 1 año a 5 y más de 10 años.

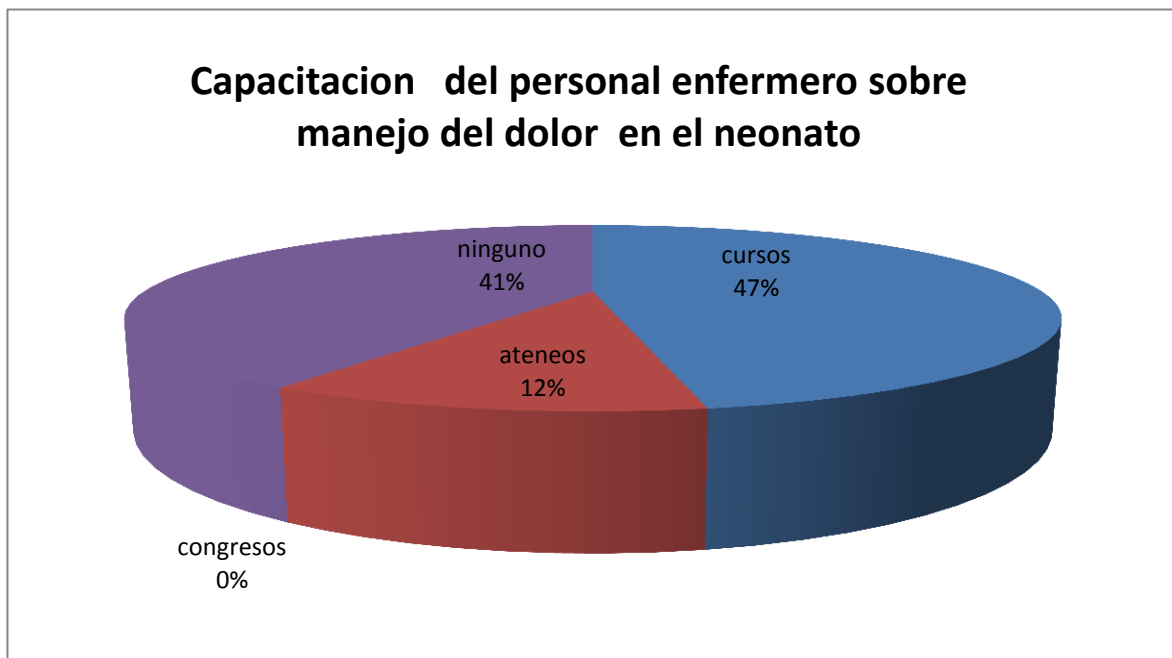
TABLA N°5

“Numero de enfermeros encuestados, según género” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

CAPACITACION SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR		
CAPACITACIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
CURSOS	8	47%
ATENEOS	2	12%
CONGRESOS	0	0%
NINGUNO	7	41%
TOTAL	17	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015.

GRAFICO N°5



Comentario: la muestra total evidencia que el 47% del personal de enfermería realizó cursos sobre manejo del dolor, los 12% ateneos y el 41% no ha realizado ningún curso de capacitación.

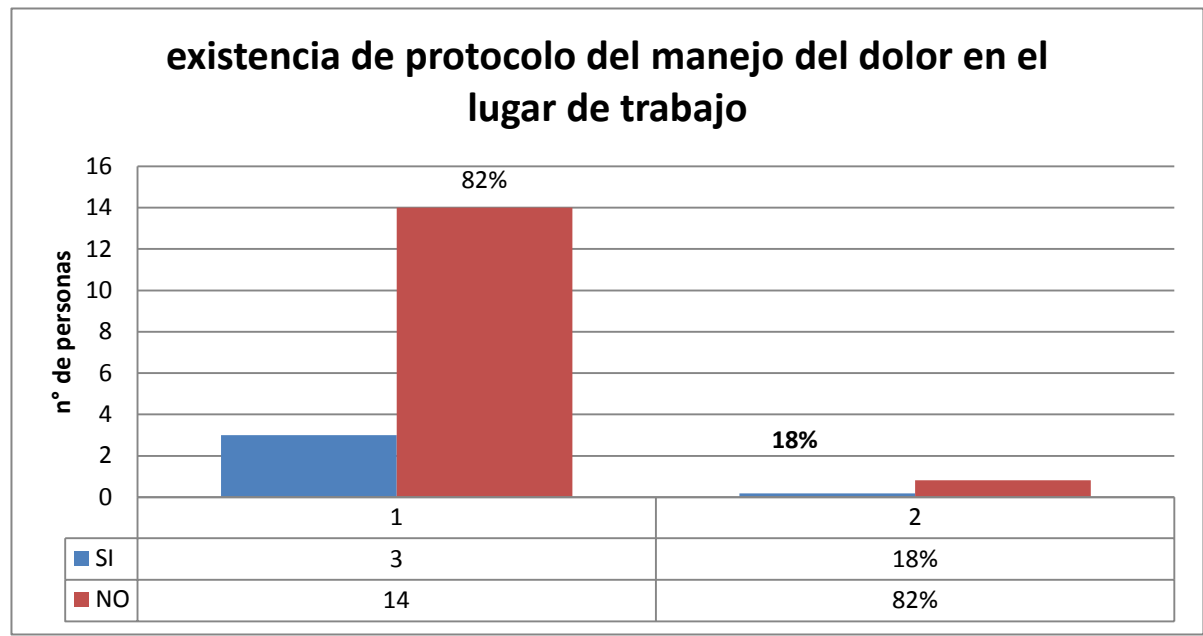
TABLA N°6

“Numero de enfermeros encuestados, según existencia de protocolo de manejo del dolor” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

EXISTENCIA DE PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR EN EL LUGAR DE TRABAJO		
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
SI	3	18%
NO	14	82%
TOTAL	17	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015

GRAFICO N° 6



Comentario: el grafico representa que el 82 % del personal de enfermería afirma que no existe un protocolo de manejo del dolor y el 18% que si existe, por lo cual el 18% debe conocer el protocolo explicito del servicio de neonatología.

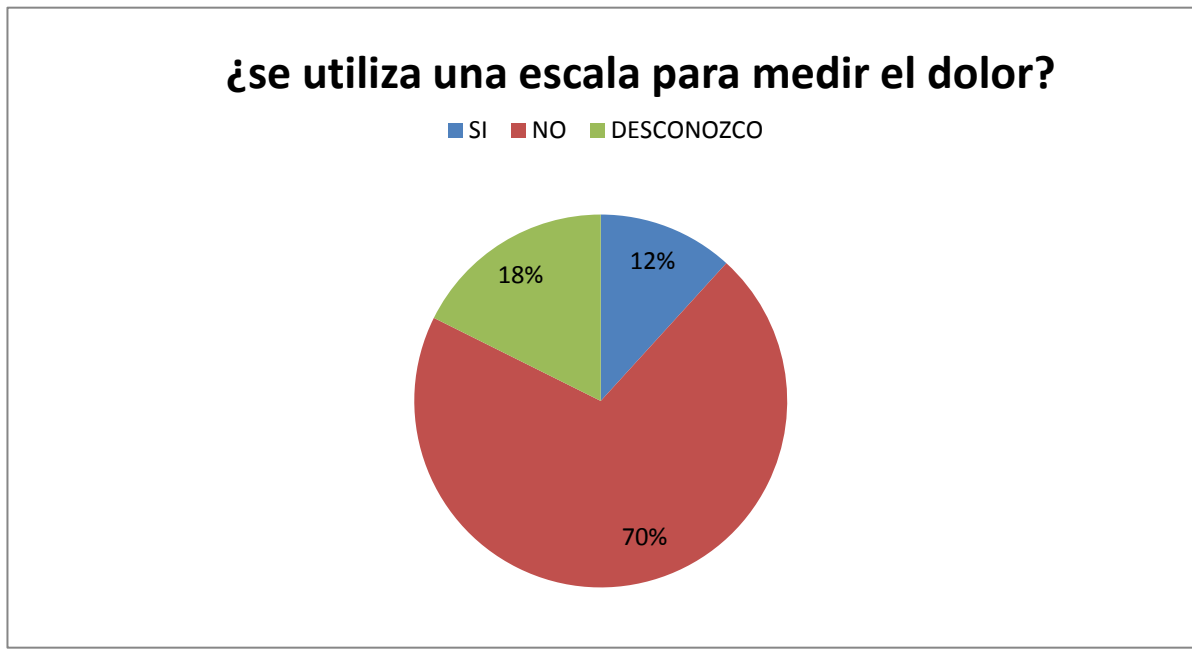
TABLA N°7

“Numero de enfermeros encuestados, según utilización de escala para medir el dolor” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

¿UTILIZAN ESCALA PARA MEDIR EL DOLOR?		
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA%
SI	2	12%
NO	12	70%
DESCONOZCO	3	18%
TOTAL	17	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015

GRAFICO N°7



Comentario: el grafico representa que el 70% del personal de enfermería no se utiliza una escala para medir el dolor en el lugar de trabajo, el 12% si, y el 18% lo desconoce.

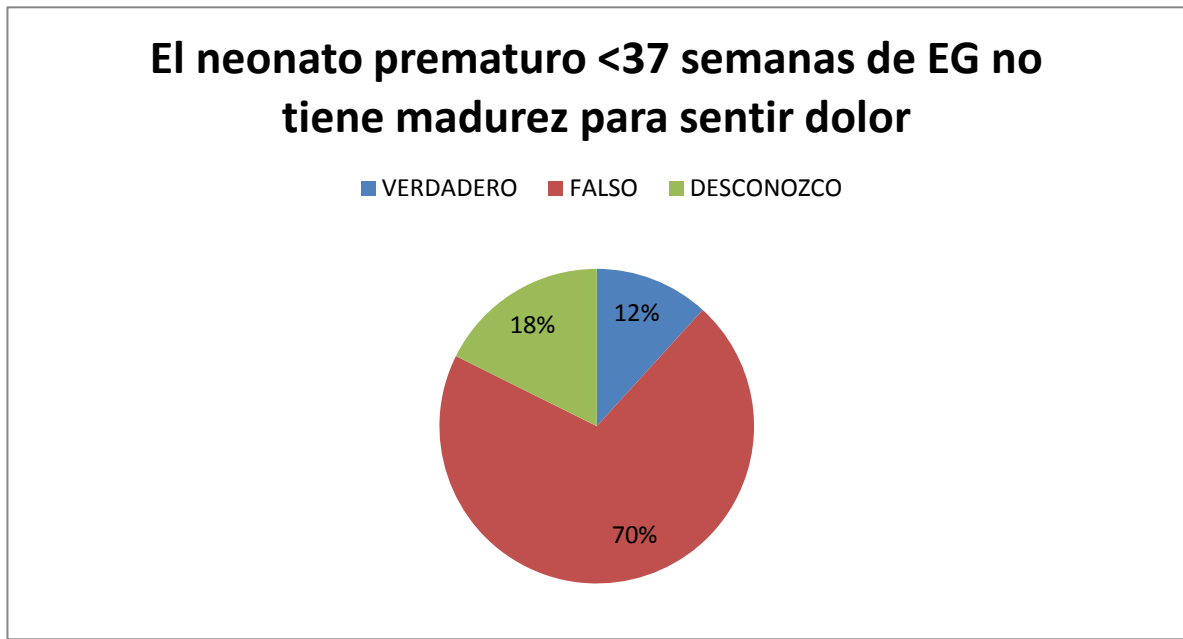
TABLA N°8

“Numero de enfermeros encuestados, según conocimientos sobre manejo del dolor” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

EL NEONATO PREMATURO 37> SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL NO TIENE MADUREZ PARA SENTIR DOLOR		
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
VERDADERO	2	12%
FALSO	12	70%
DESCONOZCO	3	18%
TOTAL	17	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015

GRAFICO N°8



Comentario: el gráfico representa que el 18% del personal de enfermería desconoce si el neonato tiene madurez para sentir el dolor, el 12% indica que es verdadero y el 70% indica que es falso, **por lo cual el 70% contestó correctamente** ya que el neonato prematuro <37 **si tiene madurez para sentir dolor.**

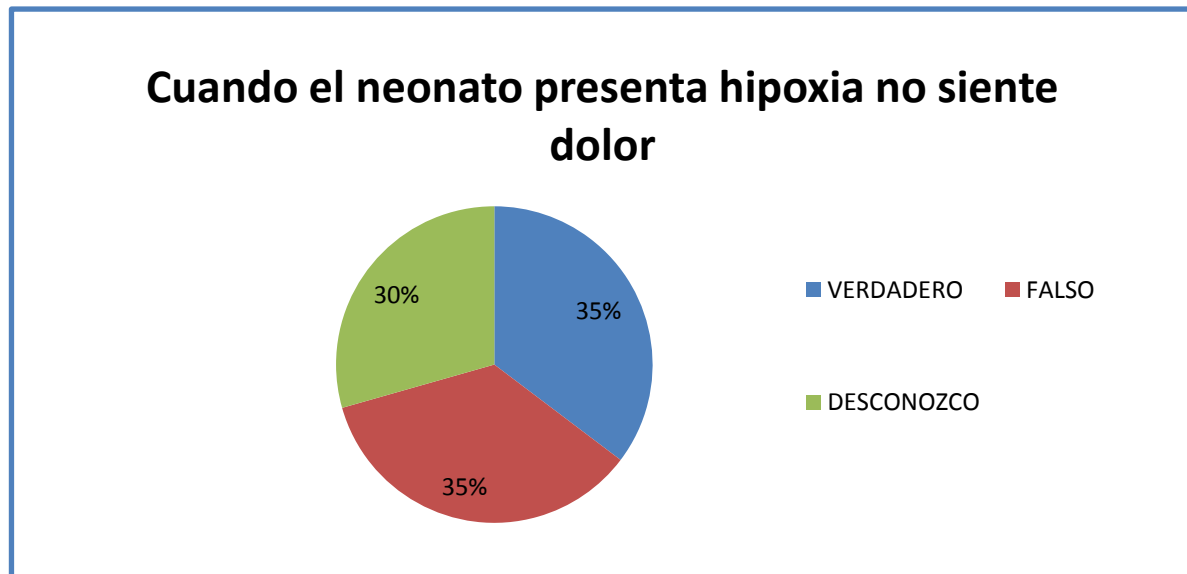
TABLA N° 9

“Numero de enfermeros encuestados, según conocimientos sobre manejo del dolor” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

CUANDO EL NEONATO PRESENTA HIPOXIA NO SIENTE DOLOR		
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA%
VERDADERO	6	35%
FALSO	6	35%
DESCONOZCO	5	29%
TOTAL	17	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015

GRAFICON°9



Comentario: el 30% del personal de enfermería desconoce si el neonato hipoxiado siente dolor, el 35% afirma que es verdadero y el 35% restante afirma que es falso, **lo cual la respuesta correcta es falsa.** El neonato hipoxiado **si** siente dolor.

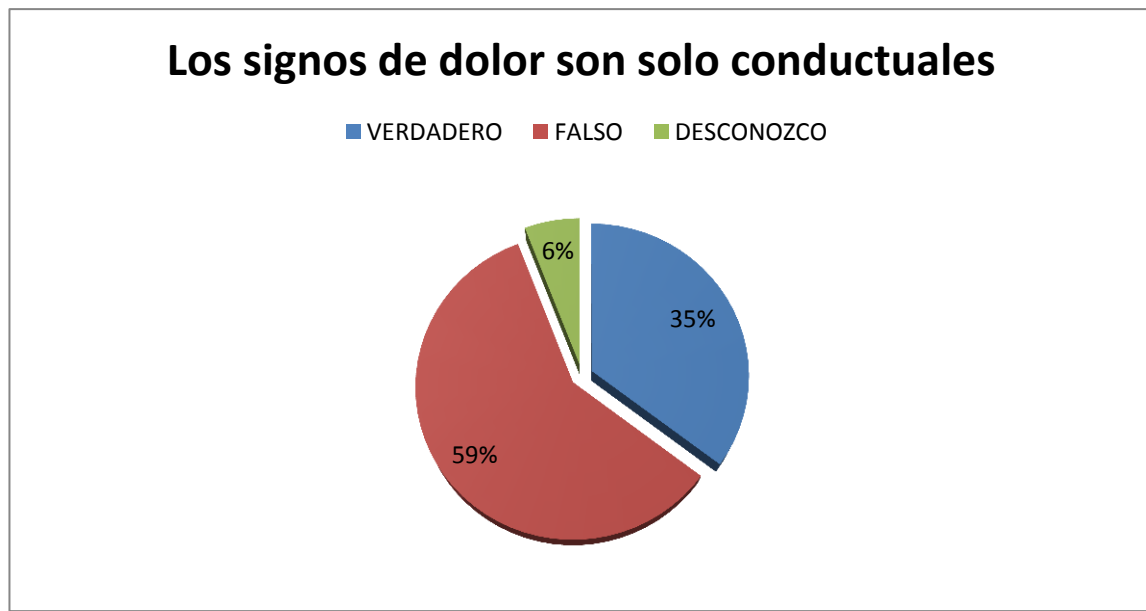
TABLA N° 10

“Numero de enfermeros encuestados, según conocimientos sobre manejo del dolor” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

LOS SIGNOS DE DOLOR SON SOLO CONDUCTUALES		
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA%
VERDADERO	6	35%
FALSO	10	59%
DESCONOZCO	1	6%
TOTAL	17	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015

GRAFICO N°10



Comentario: los signos de dolor **no son solo conductuales**, también son fisiológicos, el grafico representa que el 6% lo desconoce, el 35 % verdadero y el 59% falso, lo cual el 59% del personal de enfermería contesto correctamente.

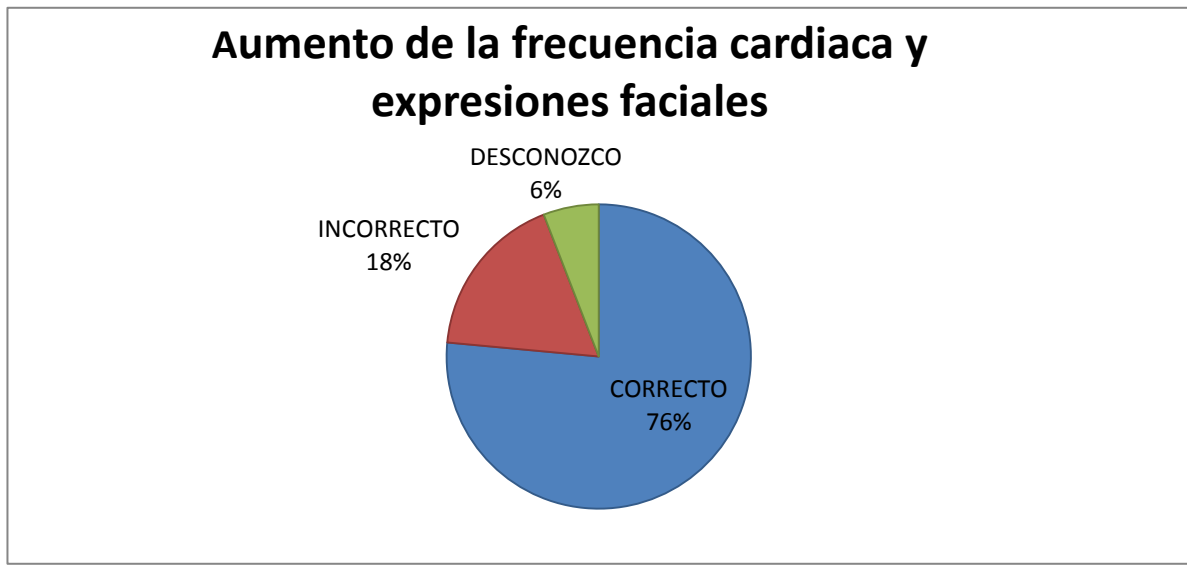
TABLA N° 11

“Numero de enfermeros encuestados, según identificación del dolor neonatal” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

¿SON RESPUESTAS DEL ESTIMULO DOLOROSO EL AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA Y EXPRESIONES FACIALES?		
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA%
CORRECTO	13	76%
INCORRECTO	3	18%
DESCONOZCO	1	6%
total	17	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015

GRAFICO N°11



Comentario: el aumento de la frecuencia cardiaca y expresiones faciales son respuestas del estímulo doloroso en el neonato, el gráfico representa que el 76% contestó correctamente, el 18% incorrecto y el 6% lo desconoce.

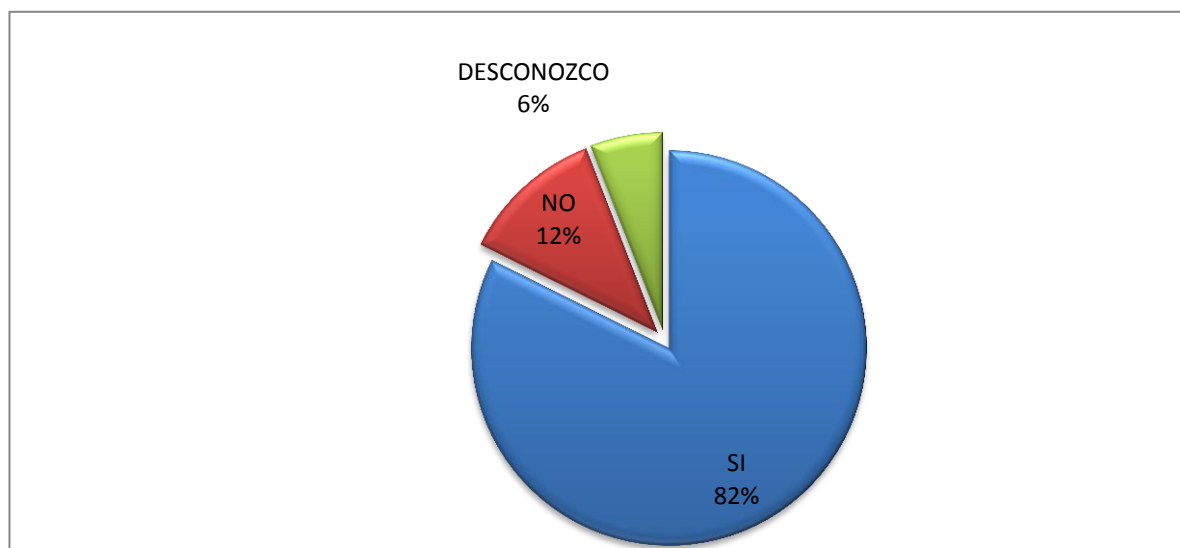
TABLA N° 12

“Numero de enfermeros encuestados, según identificación del dolor neonatal” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

¿REALIZA ACCIONES PARA DISMINUIR EL DOLOR COMO DISMINUIR LA LUZ, EL RUIDO Y ADMINISTRAR OPIACEOS?		
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA %
SI	14	82%
NO	2	12%
DESCONOZCO	1	6%
TOTAL	17	100%

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015

GRAFICO N°12



Comentario: del total de la muestra el 82% realiza acciones para disminuir el dolor, el 12% no las realizan y el 6% las desconoce.

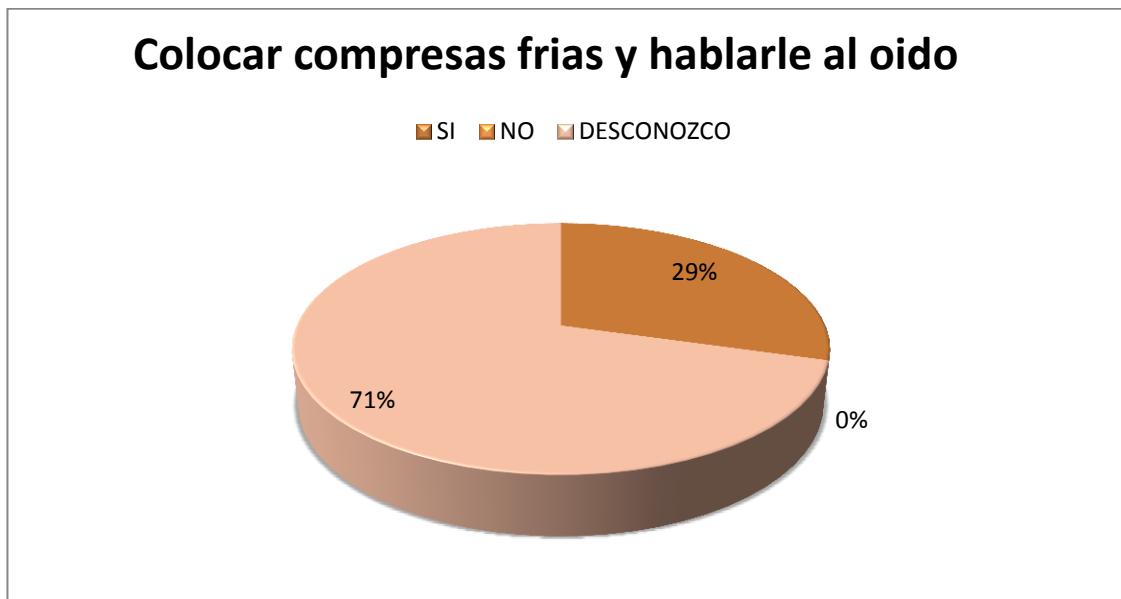
TABLA N° 13

“Numero de enfermeros encuestados, según identificación del dolor neonatal” en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

¿REALIZA ACCIONES PARA DISMUIIR EL DOLOR COMO COLOCAR COMPRESAS FRIAS Y HABLARLE AL OIDO?		
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA%
SI	5	29%
NO	0	0
DESCONOZCO	12	71%
TOTAL	17	100%

fuelle: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHUSan Luis capital, durante el primer trimestre del año 2015

GRAFICO N° 13



Comentario: colocar compresas frias y hablarle al oido no son acciones para disminuir el dolor en el neonato, sin embargo el grafico representa que el 29% realiza estas acciones, el 71% no las realiza

TABLAS BIVARIADAS

TABLA N° 14

Relación entre el número de enfermeros en estudio, según edades y nivel académico en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

FRECUENCIA ABSOLUTA

EDAD y NIVEL ACADEMICO				
AÑOS	Auxiliares en enfermería	enfermería universitaria	Licenciados/as en enfermería	Frecuencia absoluta
de 20 a 25	3	3	-	6
de 26 a 30	1	2	-	3
de 31 a 40	1	5	-	5
más de 40	-	1	1	2
total	5	11	1	17

fuentes: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHUSan Luis capital, durante el primer trimestre del año 2015

FRECUENCIA RELATIVA

Años	Auxiliares en enfermería	enfermería universitaria	Licenciado/a en enfermería	Frecuencia relativa%
de 20 a 25	17%	17%	-	34%
de 26 a 30	6%	12%	-	18%
de 31 a 40	6%	30%	-	36%
más de 40	-	6%	6%	12%
total	29%	65%	6%	100%

Comentario: según la relación entre las edades y profesiones se observa una cantidad equitativa entre los enfermeros universitarios de 31 a 40 años y la suma de los enfermeros y auxiliares de 20 a 25 años, también se evidencia la falta de enfermeros licenciados/as en enfermería.

TABLA 15

Relación entre el número de enfermeros en estudio, según edades y experiencia neonatal en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

Frecuencia absoluta

Experiencia neonatal	Menos de 1			Más de	
Edades	año	1 a 5 años	6 a 10 años	10 años	Frecuencia absoluta
de 20 a 25	6	-	-	-	6
de 26 a 30	1	2	-	-	3
de 31 a 40	1	-	3	2	6
más de 40	-	-	1	1	2
total	8	2	4	3	17

fuelle: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHUSan Luis capital, durante el primer trimestre del año 2015

Frecuencia relativa

Experiencia neonatal	Menos de 1			Más de	
Edades	año	1 a 5 años	6 a 10 años	10 años	Frecuencia relativa%
de 20 a 25	35%	-	-	-	35%
de 26 a 30	6%	12%	-	-	18%
de 31 a 40	6%	-	17%	12%	35%
más de 40	-	-	6%	6%	12%
total	47%	12%	23%	18%	100%

Comentario: la mitad del personal de enfermería posee experiencia como enfermero neonatal menos de 1 año que equivale al 47% lo cual hace referencia la posible falta de experiencia en cuidados intensivos neonatales.

TABLA N°16

Relación entre el número de enfermeros en estudio, según años de experiencia y capacitación neonatal en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

Frecuencia absoluta

Experiencia neonatal	Menos de 1			Más de	
Capacitación	año	1 a 5 años	6 a 10 años	10 años	Frecuencia absoluta
cursos	2	1	3	2	8
ateneos	1	-	1	-	2
congresos	-	-	-	-	-
ninguno	5	1	-	1	7
total	8	2	4	3	17

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHUSan Luis capital, durante el primer trimestre del año 2015

Frecuencia relativa

Experiencia neonatal	Menos de 1			Más de	
Capacitación	año	1 a 5 años	6 a 10 años	10 años	Frecuencia relativa
cursos	12%	6%	17%	12%	47%
ateneos	6%	-	6%	-	12%
congresos	-	-	-	-	-
ninguno	29%	6%	-	6%	41%
total	47%	12%	23%	18%	100%

Comentario: el 47% del personal de enfermería ha realizado cursos de capacitación sobre cuidados neonatales, ateneos escasos, congresos nunca y el 41% no ha realizado ningún curso de capacitación, por lo tanto esto evidencia la falta de capacitación del personal nuevo.

TABLA N°17

Relación entre el número de enfermeros en estudio, según experiencia neonatal y conocimientos de un protocolo laboral en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

Frecuencia absoluta

Conocimientos Existencia de protocolo laboral	EXPERIENCIA COMO ENFERMERO NEONATAL				FRECUENCIA ABSOLUTA
	Menos de 1 año	1 a 5 años	6 a 10 años	Más de 10 años	
SI	2	-	1		3
NO	6	2	3	3	14
Total	8	2	4	3	17

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHUSan Luis capital, durante el primer trimestre del año 2015

Frecuencia relativa

Conocimientos Existencia de protocolo laboral	EXPERIENCIA COMO ENFERMERO NEONATAL				FRECUENCIA RELATIVA
	Menos de 1 año	1 a 5 años	6 a 10 años	Más de 10 años	
SI	12%	-	6%		18%
NO	35%	12%	17%	17%	82%
Total	47%	12%	23%	17%	100%

Comentario: el personal nuevo con menos de 1 año de experiencia laboral en neonatología 35% afirma no conocer la existencia de un protocolo del manejo y control del dolor en el área de trabajo, junto con el personal en total equivale al 82% también afirma no conocer y el 18% solo conoce el protocolo explícito.

TABLA N° 18

Relación entre el número de enfermeros en estudio, según experiencia neonatal e identificación del dolor neonatal en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

Frecuencia absoluta

¿Son	IDENTIFICACION DEL DOLOR NEONATAL				
respuestas del estímulo doloroso el	EXPERIENCIA COMO ENFERMERO NEONATAL				
aumento de la frecuencia cardiaca y expresión facial?	Menos de 1 año	1 a 5 años	6 a 10 años	Más de 10 años	FRECUENCIA ABSOLUTA
CORRECTO	6	2	2	3	13
INCORRECTO	1	-	2	-	3
DESCONOZCO	1	-	-	-	1
TOTAL	8	2	4	3	17

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis capital, durante el primer trimestre del año 2015

Frecuencia relativa

¿Son	IDENTIFICACION DEL DOLOR NEONATAL				
respuestas del estímulo doloroso el	EXPERIENCIA COMO ENFERMERO NEONATAL				
aumento de la frecuencia cardiaca y expresión facial?	Menos de 1 año	1 a 5 años	6 a 10 años	Más de 10 años	FRECUENCIA RELATIVA
CORRECTO	35%	12%	12%	17%	76%
INCORRECTO	6%	-	12%	-	18%
DESCONOZCO	6%	-	-	-	6%
TOTAL	47%	12%	24%	17%	100%

Comentario: la mitad de 76% que ha contestado correctamente es personal menos de 1 año de experiencia, la otra mitad representa al personal con años de experiencia, el 18 % no contesto correctamente y el 6% sin conocimientos.

TABLA N°19

Relación entre el número de enfermeros en estudio, según conocimientos sobre manejo del dolor en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

Frecuencia absoluta

	Conocimientos sobre manejo del dolor neonatal		
	el neonato prematuro < 37 de EG no tiene madurez para sentir dolor	Cuando el neonato presenta hipoxia no siente dolor	Los signos de dolor son solo conductuales
VERDADERO	2	6	6
FALSO	12	6	10
DESCONOZCO	3	5	1
FRECUENCIA ABSOLUTA TOTAL	17	17	17

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHU San Luis capital, durante el primer trimestre del año 2015

Frecuencia relativa

	Conocimientos sobre manejo del dolor neonatal		
	El neonato prematuro <37 de EG no tiene madurez para sentir dolor	Cuando el neonato presenta hipoxia no siente dolor	Los signos de dolor son solo conductuales
VERDADERO	12%	35%	35%
FALSO	70%	35%	59%
DESCONOZCO	18%	30%	6%
FRECUENCIA RELATIVA TOTAL	100%	100%	100%

Comentario: el 70% contesto correctamente el neonato si tiene madurez para sentir dolor, el 18% desconoce del tema. con respecto al neonato hipoxiado son equitativos los porcentaje, el 35% contesto correctamente el resto con falta de conocimientos. El 59% niega que los signos del dolor son solo conductuales lo cual contestaron correctamente, el 35% incorrecto y el 6% directamente desconoce del tema.

TABLA N°20

Relación entre el número de enfermeros en estudio, según identificación del dolor neonatal en la clínica maternidad CERHU San Luis Capital durante el primer trimestre del año 2015.

Frecuencia absoluta

Identificación del dolor neonatal por los enfermeros		
¿Realiza acciones para disminuir el dolor?	Disminuye ,la luz, el ruido y administra opiáceos	Coloca compresas frías y le habla al oído
SI	14	5
NO	2	-
DESCONOZCO	1	12
FRECUENCIA ABSOLUTA TOTAL	17	17

Fuente: datos obtenidos por las autoras a partir de las entrevistas al personal de enfermería de cuidados intensivos de neonatología de la clínica CERHUSan Luis capital, durante el primer trimestre del año 2015

Frecuencia absoluta

Identificación del dolor neonatal por los enfermeros		
¿Realiza acciones para disminuir el dolor?	Disminuye ,la luz, el ruido y administra opiáceos	Colocar compresas frías y le habla al oído
SI	82%	29%
NO	12%	-
DESCONOZCO	6%	71%
FRECUENCIA RELATIVA TOTAL	100%	100%

COMENTARIO: la tabla representa que el 82% realiza estas acciones conociendo o no que son técnicas para disminuir el dolor, aunque se observa que el 29% realiza acciones inadecuadas para disminuir el dolor y el 71% no las realiza por desconocimientos.

Resultados, Discusión y Propuestas

Resultados

Se evidencia mediante las encuestas realizadas que la mayor parte del personal de enfermería es el 94% de sexo femenino, la mayor cantidad tiene entre 20 a 25 años de edad que corresponde al 41%. En base a la formación académica el 47% son enfermeras /os universitaria/os. El 53% del total poseen experiencia menos de 1 año como enfermero neonatal, realizando cursos de capacitación sobre manejo del dolor el 47% y el 41% no ha realizado ninguno.

El 82% afirma que no existe un protocolo escrito de manejo y control del dolor en el área de trabajo. Con respecto a escalas utilizadas para medir el dolor el 70% del personal de enfermería no utilizan.

Al investigar preguntas sobre conocimientos del dolor en neonatos prematuros menor de 37 semanas de edad gestacional el 70% afirma que el prematuro siente dolor, el 35% evidencia que el neonato hipoxiado no siente dolor y por otra parte el 37% afirma que si siente dolor, el 29% restante lo desconoce, el 59% contesto correctamente si los signos del dolor son solo conductuales.

En cuanto a la identificación del dolor neonatal el 76% contesto correctamente, el 82% realiza acciones correctas para disminuir el dolor como administrar opiáceos y disminuir la luz y el ruido, el 29% realiza acciones incorrectas para disminuir el dolor como colocar compresas frías, hablarle al oído y el 71% desconoce estas técnicas deficientes.

Discusión y conclusión : mediante la recolección de datos se evidencia que la mitad del personal de enfermería tiene menos de 1 año de experiencia en neonatología y no son enfermeros profesionales, también la mitad del personal no ha realizado ningún curso de capacitación sobre manejo y control del dolor neonatal, se observa la falta de enfermeros licenciados , aunque la mitad del personal de enfermería con años de experiencia entre más de 5 a 10 años no participaron en cursos frecuentemente y nunca a congresos por lo tanto se evidencia del personal con años de experiencia también escasos de conocimientos actuales de control y manejo del dolor en neonatología por lo tanto se llega a la conclusión que el personal de enfermería posee escasos conocimientos del control y manejo del dolor por falta de capacitación del personal nuevo que equivale al 53%.

Propuestas

En primer lugar, dar a conocer a los resultados de esta investigación ya que sería beneficioso no solo para el neonato y la familia, sino para el resto del personal de enfermería y equipo de salud, a los cuales irían dirigidas las siguientes propuestas con el propósito que se concientice y se puedan tomar medidas preventivas como :

- Realizar un protocolo escrito sobre manejo y control del dolor de acuerdo a las normas del servicio de neonatología; los recién nacidos que se encuentran en condiciones clínicas que obligan su ingreso a la unidad de terapia intensiva neonatal pasan por numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos y son susceptibles experimentar el dolor, por tal motivo el equipo de salud debe aliviar el sufrimiento y debe implementar las técnicas para el manejo de este, el personal debe reconocer las situaciones y los procedimientos que requieren control del dolor (accesos vasculares, periféricos, centrales, punción lumbar, entubación, endotraqueal etc.)
- Implementar una escala para medir el dolor como por ejemplo la escala de expresión facial para utilizar técnicas no farmacológicas o recomendar al médico la administración farmacológica.
- Fomentar la priorización de las técnicas no farmacológicas para disminuir el dolor por parte del personal de enfermería durante la agrupación de tareas para evitar repetidos; promoviendo los distintos procedimientos como:
 - Medidas ambientales (evitar ruidos, disminuir la luz, respetar el sueño, vigilia y alimentación, seleccionar tareas y procedimientos).
 - Medidas táctiles (masajes y contacto piel a piel del recién nacido con la madre y el padre)
- Capacitar al personal nuevo de enfermería realizando ateneos sobre control y manejo del dolor en el recién nacido una vez al mes con duración de 2 horas incluyendo charlas explicativas, power point, material teórico y posterior evaluación durante la jornada de trabajo.

Bibliografía

- NANDA.DIAGNOSTICOS ENFERMEROS.DEFINICION Y CLASIFICACION.Escuela de enfermería de la universidad de Barcelona. Editorial Hascourt.Madrid. España.2001-2002.pagina 1.
- SOLA AUGUSTO, ROGIDO MARTA. Cuidados especiales del feto y del recién nacido VOL.II Ed. Científica. Interamericana 2001.pagina166
- LOPEZ NARBONA EDUARDO.MANEJO DEL DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO.ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA.ARTICULO 49.2008.ESPAÑA.
[<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/49.pdf>]
[Consulta: abril de 2015]
- ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL. Asistencia al Recién Nacido, 2002.Editorial. Panamericana.Dolor.paginas 188 y 189.
- HUMANIZACION EN NEONATOLOGIA.ASOSIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA. ESPAÑA.
[<http://www.se-neonatal.es/Portals/0/HUMANIZACION.pdf>]
[Consulta: mayo de 2015]

ANEXOS

Instrumentos de recolección de datos

Entrevista

La presente entrevista es realizada por alumnas del ciclo de licenciatura en enfermería de la universidad nacional de cuyo, facultad de ciencias medicas y tiene por objetivo recaudar información para finalizar nuestra tesis .Se investigara los conocimientos y manejo de las técnicas del control del dolor en pacientes neonatos por el personal enfermero en la unidad de cuidados intensivos de la clínica maternidad CERHU de la provincia de San Luis Capital, durante el primer trimestre del año 2015.

Los datos recolectados en esta entrevista son anónimos.

Marque con una X lo que corresponda del entrevistado/a.

1) Genero

a) Masculino b) femenino

2) Edad

- a) 20 A 25 años
- b) 26 a 30 años
- c) 31 a 40 años
- d) Más de 40 años

3) Nivel académica:

- a) Licenciada en enfermería
- b) Enfermería universitaria
- c) Auxiliar de enfermería

4) Experiencia como enfermero neonatal:

- a) Menos de 1 año
- b) 1 a 5 años
- c) 6 a 10 años
- d) Más de 10 años

5) Capacitación sobre manejo del dolor en neonatología, especifique con N° en el cuadro, cuantos.

- a) Cursos
- b) Ateneos
- c) Congresos
- d) Ninguno

6) ¿conoce de la existencia de algún protocolo para manejo del dolor en la unidad de trabajo?

- a) Si b) No

7) ¿Se utiliza alguna escala para medir el dolor? En caso afirmativo dentro de las más frecuentes ¿cuáles?:

- a) Si b) no c) desconozco

- a) **COMFORT scale**
- b) Behavioral Indicators of Infant Pain (**BIIP**), útil para recién nacidos a término y pretermino
- c) Premature Infant Pain Profile (**PIPP**): para recién nacidos a término y pretermino
- d) Neonatal Facial Coding Scale (**NFCS**)
- e) Neonatal Infant Pain Scale (**NIPS**)
- f) **CRIES Score**(necesidad de oxígeno e incremento de los signos vitales)

Conocimientos sobre manejo del dolor neonatal:

8- El neonato prematuro < de 37 de edad gestacional no tiene madurez para sentir dolor.

- a) Verdadero b) Falso c) Desconozco

9-cuando el neonato presenta hipoxia no siente dolor.

- a) Verdadero b) Falso c) Desconozco

10-Los signos de dolor son solo conductuales.

- a) Verdadero b) Falso c) Desconozco

Identificación del dolor neonatal por los enfermeros.

11- son respuestas del estímulo doloroso el aumento de la frecuencia cardiaca y expresiones faciales.

- a) Correcto b) incorrecto c) Desconozco

12- realiza acciones para disminuir el dolor como disminuir la luz, los ruidos y administrar opiáceos.

- a) Si b) No c) desconozco

13-realiza acciones para disminuir el dolor como colocar compresas frías y hablarle al oído.

- a) Si b) No c) desconozco

Gracias por su colaboración.....

Codificación de la tabla matriz

Marque con una X lo que corresponda del entrevistado/a.

1) Genero

a) Masculino b) femenino

2) Edad

- a) 20 A 25 años
- b) 26 a 30 años
- c) 31 a 40 años
- d) Más de 40 años

CÓDIGO 1

3) Nivel académica:

- a) Licenciada en enfermería
- b) Enfermería universitaria
- c) Auxiliar de enfermería

CODIGO 2

4) Experiencia como enfermero neonatal:

- a) Menos de 1 año
- b) 1 a 5 años
- c) 6 a 10 años
- d) Más de 10 años

CODIGO 3

5) Capacitación sobre manejo del dolor en neonatología, especifique con N° en el cuadro, cuantos.

- a) Cursos
- b) Ateneos
- c) Congresos
- d) Ninguno

CODIGO 4

6) ¿conoce de la existencia de algún protocolo para manejo del dolor en la unidad de trabajo?

a) Si b) No

CODIGO 5

7) ¿Se utiliza alguna escala para medir el dolor? En caso afirmativo dentro de las más frecuentes ¿cuáles?:

a) Si b) no c) desconozco

- a) **COMFORT scale**
- b) Behavioral Indicators of Infant Pain (**BIIP**), útil para recién nacidos a término y pretermino
- c) Premature Infant Pain Profile (**PIPP**): para recién nacidos a término y pretermino
- d) Neonatal Facial Coding Scale (**NFCS**)
- e) Neonatal Infant Pain Scale (**NIPS**)
- f) **CRIBES Score**(necesidad de oxigeno e incremento de los signos vitales)

CODIGO 6

Conocimientos sobre manejo del dolor neonatal:

8- El neonato prematuro < de 37 de edad gestacional no tiene madurez para sentir dolor.

a) Verdadero b) Falso c) Desconozco

CODIGO 7

9-cuando el neonato presenta hipoxia no siente dolor.

a) Verdadero b) Falso c) Desconozco

CODIGO 8

10- Los signos de dolor son solo conductuales.

- a) Verdadero b) Falso c) Desconozco

CODIGO 9

Identificación del dolor neonatal por los enfermeros.

11- son respuestas del estímulo doloroso el aumento de la frecuencia cardíaca y expresiones faciales.

- a) Correcto b) incorrecto c) Desconozco

CODIGO 10

12- realiza acciones para disminuir el dolor como disminuir la luz, los ruidos y administrar opiáceos.

- a) Si b) No c) desconozco

CODIGO 11

13- realiza acciones para disminuir el dolor como colocar compresas frías y hablarle al oído.

- b) Si b) No c) desconozco

TABLA MATRIZ

u.a.	sexo		edad				codigo 1			codigo 2				codigo 3				codigo 4		codigo 5			codigo 6			codigo 7			codigo 8			codigo 9			codigo 10			codigo 11					
	M	F	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c			
1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1		
2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	
3	0	1	1	0	0		0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	
4	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
5	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1		
6	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
7	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1		
8	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
9	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
10	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
11	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
12	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
13	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
14	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
15	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
16	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
17	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
total ind.	1	16	7	3	5	2	1	11	5	9	2	4	2	8	2	0	7	3	14	2	12	3	1	16	0	6	6	5	6	10	1	13	3	1	14	2	1	5	0	12			
total	17		17				17			17				17				17		17			17			17			17			17			17			17					

