

**PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE EL DOLOR EN NIÑOS
HOSPITALIZADOS EN DIFERENTES SERVICIOS DE SALUD, CALI 2019**



**ANGIE LORENA RESTREPO CUENCA
DANIELA CASTRILLÓN CARABALI
LINA MARÍA LEDESMA QUINTERO**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI**

2019

**PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE EL DOLOR EN NIÑOS
HOSPITALIZADOS EN DIFERENTES SERVICIOS DE SALUD, CALI 2019**

ANGIE LORENA RESTREPO CUENCA

DANIELA CASTRILLÓN CARABALI

LINA MARÍA LEDESMA QUINTERO

Asesora:

Dina Carmenza Ortega

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

SANTIAGO DE CALI

2019

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA PROBLEMA	19
2. JUSTIFICACIÓN.....	20
3. OBJETIVOS.....	24
3.1. GENERAL.....	24
3.2. ESPECÍFICOS.....	24
4. MARCOS DE REFERENCIA	25
4.1. MARCO CONCEPTUAL.....	25
4.1.1. Percepción	25
4.1.2. Dolor	25
4.1.3. Cuidado	25
4.1.4. Niños.....	25
4.1.5. Familia	25
4.1.6. Manejo del dolor	25
4.1.7. Escala analógica.....	26
4.1.8. Sociedad.....	26
4.1.9. Sistema Salud.....	26
4.1.10. Conocimiento.....	26
4.2. MARCO TEÓRICO	27
4.2.1. Dolor.....	27
4.2.2. Fisiopatología.....	28
4.2.3. Clasificación del dolor	30
4.2.4. Dolor en niños	30
4.2.5. Manejo de dolor en niños	32

4.2.5.1.	Factores que influyen en el dolor	33
4.2.5.2.	Escalas de medición para manejo de dolor en niños	33
4.2.6.	Tratamiento de dolor en niños	37
4.2.6.1.	Tratamiento Farmacológico	38
4.2.6.2.	Tratamiento no farmacológico.....	39
4.2.7.	Cuidado de enfermería	40
4.3.	MARCO ÉTICO	42
4.3.1.	Marco ético internacional.....	42
4.3.1.1.	Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos CIOMS:	42
4.3.1.2.	Declaración de Helsinki:.....	42
4.3.1.3.	Principios bioéticos:	43
4.3.1.3.1.	Beneficencia	43
4.3.1.3.2.	Autonomía	43
4.3.1.3.3.	Justicia	43
4.3.1.3.4.	Fidelidad	43
4.3.1.3.5.	Veracidad.....	43
4.3.1.3.6.	Confidencialidad:	43
4.3.2.	Marco ético nacional:.....	44
4.4.	MARCO LEGAL.....	45
4.4.1.	Código Deontológico de Enfermería.....	45
4.4.1.1.	Individualidad	45
4.4.1.2.	Dialogocidad	46
4.4.1.3.	Calidad.....	46
4.4.1.4.	Continuidad.....	46
4.4.1.5.	Deberes de enfermería	46
4.4.1.6.	Derechos de enfermería:	47
4.4.2.	Resolución 8430 de 1993:	47
4.4.3.	Código de infancia y adolescencia:	48
4.5.	TEORISTA DE ENFERMERÍA	49

4.5.2. Personas	49
4.5.3. Salud	49
4.5.4. Entornos	50
5. METODOLOGÍA	52
5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO:	52
5.2. ÁREA DE ESTUDIO:	53
5.3. PARTICIPANTES:	54
5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....	54
5.4.1. Criterios de inclusión	54
5.4.2. Criterios de exclusión	54
5.5. MUESTREO TEÓRICO:	55
5.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN 55	
5.6.1. Recolección de la información	55
5.6.2. Procesamiento de la información	56
5.6.3. Plan de análisis	56
5.7. RIGOR METODOLÓGICO	58
5.7.1. Credibilidad	58
5.7.2. Auditabilidad	58
5.7.3. Aplicabilidad	59
5.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	59
6. RESULTADOS	61
6.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES 61	
6.2. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	69
6.2.1. Dolor	70
6.2.1.1. Valoración del dolor	71
6.2.1.2. Tratamiento y manejo del dolor.....	72
6.2.2. Niños	73
6.2.3. Cuidado de enfermería.....	75

6.2.4. Enfermeros de corazón	76
7. DISCUSIÓN.....	79
8. CONCLUSIONES.....	89
9. RECOMENDACIONES.....	90
10. BIBLIOGRAFIA	91
11. ANEXOS.....	99

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Escala de Cheops (Chilares Hospital of Eastern Paint Scale)	344
Ilustración 2. Escala visual analógica.	355
Ilustración 3. Escala de Oucher.	366
Ilustración 4. Escala numérica verbal.	377

LISTADO DE TABLAS

TABLA 1. Rango de edades y sexo de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.	61
TABLA 2. Número de hijos de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.	62
TABLA 3. Estudios continuos y rango de edades de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.	63
TABLA 4. Participantes según estudios continuos y años de experiencia laboral en el área de pediatría.	64
TABLA 5. Participantes según estudios continuos y nivel de complejidad de la institución donde trabajan.	66
TABLA 6. Resumen de la caracterización sociodemográfica de los participantes.	68
TABLA 7. Categorías y subcategorías de la investigación.	69

LISTADO DE GRAFICOS

GRAFICO 1. Rango de edades y sexo de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.	6262
GRAFICO 2. Número de hijos de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.....	633
GRAFICO 3. Estudios continuos y rango de edades de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.....	644
GRAFICO 4. Estudios continuos y años de experiencia laboral de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.....	655
GRAFICO 5. Estudios continuos y nivel de complejidad de la institución donde trabajan los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019	666

LISTADO DE ESQUEMAS

Esquema 1. Dolor.	7070
Esquema 2. Niños.....	744
Esquema 3. Cuidado de enfermería.	755
Esquema 4. Enfermeros de corazón.....	777

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.	99
Anexo 2. Herramienta.	100
Anexo 3. Convocatoria.	101
Anexo 4. Percepción de los enfermeros sobre el dolor en niños hospitalizados matriz de consistencia categorial.	102

INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor –IASP- define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”. Además, considera que la incapacidad para comunicar verbalmente no niega la posibilidad que una persona esté experimentado dolor o que necesite tratamiento. El dolor ha constituido un problema de milenios, obligando a los profesionales de la salud a estar actualizados frente a las herramientas, terapias y tratamientos para disminuir o eliminar esta sensación desagradable que quebranta el bienestar de las personas y provoca limitaciones. (1)

Ahora bien, hablar del dolor en adultos y en niños es diferente, dado que, su etiología, sintomatología y tratamiento son distintos. Además, las características anatómicas, fisiológicas propias de la edad de cada niño difieren a las características del adulto. Esto implica que la sensación del dolor es subjetiva para cada persona según el momento de su curso de vida.

En la antigüedad se consideraba que el dolor en los niños era de menor intensidad que los adultos y que su umbral del dolor era mucho más alto que el de los adultos, esto los hacia más tolerantes al dolor. La explicación a estas teorías se fundamentaba en la inmadurez de su sistema nervioso, la sensación de dolor no los afectaba y a menor edad más ausencia de dolor. Estas teorías hicieron que se presentaran tratos inhumanos a niños que padecían algún tipo de dolor o peor aún que se dudara de la manifestación de dolor de un niño diciendo que estos exageraban o fingían. (2)

Se admite en la actualidad que el dolor constituye un problema común entre los niños, como lo han demostrado estudios epidemiológicos recientes. La evidencia de estos hechos y la comprobación del impacto que tiene la experiencia dolorosa en la

vida del niño ha supuesto sin duda que aumente el interés por el dolor pediátrico.
(2)

El cuidado de enfermería en pediatría, demanda de mucha dedicación, habilidades y conocimientos que deben tener los enfermeros que trabajen en esta área para brindar un cuidado holístico e integral, por lo que la percepción que estos profesionales tengan acerca del dolor en el área de pediatría cobra mucha importancia.

Por ello se realizará una investigación de tipo cualitativa, transversal y de carácter fenomenológico, de la percepción de los enfermeros sobre el dolor en niños hospitalizados en diferentes instituciones de salud, ¿Qué piensan sobre del dolor pediátrico? ¿Cuál es el manejo que los profesionales de enfermería le brindan a los niños con algún tipo de dolor? y muchos más interrogantes que darán respuesta a la investigación planteada. Sin embargo, se encuentran pocos estudios sobre la percepción de los enfermeros en el manejo de la experiencia del dolor en el paciente pediátrico, este poco conocimiento limita la correcta atención que se les debería brindar a estos pacientes, en la práctica clínica.

RESUMEN

PALABRAS CLAVES: Dolor, niños, percepción, enfermeros, cuidado.

El dolor ha constituido un problema de milenios, obligando a los profesionales de la salud a estar actualizados frente a las herramientas, terapias y tratamientos para disminuir o eliminarlo. (1) Como planteamiento del problema se estableció que; el dolor ha sido históricamente uno de los problemas pediátricos a los que se ha prestado una atención insuficiente, pero es todavía más complejo cuanto menor es la edad del paciente pediátrico. Por tanto, la pregunta de investigación fue: *¿Cuál es la percepción de los enfermeros(a) sobre el dolor en niños hospitalizados en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali 2019?*

Es de vital importancia que los enfermeros que tienen como objeto de cuidado a un grupo poblacional tan susceptible como son los infantes, comprendan y conozcan que los mecanismos de dolor de estos son muy distintos al dolor percibido por un adulto. Por esta razón se determinó como objetivo general: Determinar la percepción de los enfermeros sobre el dolor en niños hospitalizados en diferentes instituciones de salud, Cali 2019. En torno a la metodología la presente investigación es de tipo cualitativa de carácter fenomenológico, esta buscó describir que piensan los enfermeros con relación al dolor en pediatría. Participaron 12 enfermeros por convocatoria abierta de los cuales se eligieron 11 entrevistas. Las categorías plateadas fueron: Dolor, Niños, Cuidado de enfermería y Enfermeros de corazón.

Los resultados arrojaron que los niños deben ser cuidados por enfermeros de calidad, con conocimientos y características en el SER para el manejo del dolor. Todas las categorías y subcategorías proporcionan como resultado final el fenómeno central que es la "EXPERIENCIA ÚNICA". Siendo esta el fenómeno identificado en los participantes a través de las entrevistas, concluyendo las investigadoras que la percepción de cada enfermero es una experiencia única; basada en las vivencias de cada participante.

SUMMARY

KEY WORDS: Pain, children, perception, nurses, care.

Pain has been a problem for millennia, forcing health professionals to be up to date with the tools, therapies and treatments to reduce or eliminate it. (1) As an approach to the problem, it was established that; Pain has historically been one of the pediatric problems to which insufficient attention has been given, but it is even more complex the lower the age of the pediatric patient. Therefore, the research question was: What is the perception of nurses (a) about pain in hospitalized children in different health institutions in the city of Cali 2019?

It is of vital importance that nurses who have as their object of care a population group as susceptible as infants are, understand and know that their pain mechanisms are very different from the pain perceived by an adult. For this reason it was determined as a general objective: To determine the perception of nurses about pain in hospitalized children in different health institutions, Cali 2019. Around the methodology the present research is of a qualitative type of phenomenological nature, this sought to describe that Nurses think about pain in pediatrics. 12 nurses participated per open call of which 11 interviews were chosen. The silver categories were: Pain, Children, Nursing Care and Heart Nurses.

The results showed that children should be cared for by quality nurses, with knowledge and characteristics in the SER for pain management. All categories and subcategories provide as a final result the central phenomenon that is the "UNIQUE EXPERIENCE". This being the phenomenon identified in the participants through the interviews, the researchers conclude that the perception of each nurse is a unique experience; based on the experiences of each participant.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El dolor es, ante todo, una experiencia subjetiva; sin embargo, esta experiencia subjetiva tiene una base neurobiológica muy precisa, que es importante conocer para entender el dolor, evaluarlo y tratarlo de forma adecuada.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor –IASP- define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”. Además, considera que la incapacidad para comunicar verbalmente no niega la posibilidad que una persona esté experimentando dolor o que necesite tratamiento (1)

Para McCaffrey y Beebe, el dolor es definido como “aquello que la persona que sufre lo refiere como tal y existe en tanto ésta lo define”. Con esta definición se puede inferir que el dolor es una sensación subjetiva de cada persona, y es ella quien puede determinar su magnitud.

De este modo, la medición del dolor se convierte en un proceso arbitrario y es considerado una de las actividades en el ámbito de la salud más difíciles de evaluar. (3) En el caso de la infancia se hace más compleja su valoración debido a las dificultades que tienen los adultos para interpretar las manifestaciones que los niños realizan para comunicarse.

El dolor ha sido históricamente uno de los problemas pediátricos a los que se ha prestado una atención insuficiente, pero es todavía más complejo cuanto menor es la edad del paciente pediátrico. (4)

Se admite que el dolor constituye un problema común entre los niños, como lo han demostrado estudios epidemiológicos recientes. La evidencia de estos hechos y la

comprobación del impacto que tiene la experiencia dolorosa en la vida del niño ha supuesto sin duda que aumente el interés por el dolor pediátrico. (2)

La Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor en 2014, afirmó que al menos un 76% de la población ha padecido un dolor en los últimos 6 meses y que el 70% de estas personas refieren haber recibido tratamiento farmacológico para el mismo con bajo porcentaje de efectividad, en esta estadística no se diferencia el dolor pediátrico. (5)

Los indicadores de incidencia y prevalencia muestran que el dolor es un problema de salud pública que afecta a todas las personas, como se evidencia por diversos estudios realizados. (5)

Por otra parte, desde el punto de vista anatómico se afirma que, entre las 24 y las 29 semanas de gestación, se puede dar por finalizado el desarrollo de las vías nociceptivas del feto, y hacia las 30 semanas de la misma, está completada la mielinización hacia el tálamo y la corteza cerebral, por lo que las vías anatómicas y neurosensoriales necesarias para la percepción dolorosa serán funcionales desde esos momentos. (6)

Esto indica que la percepción del dolor en niños se manifiesta desde temprana edad (gestación), eliminando la idea errónea de que en los niños la sensación del dolor es menor reducida a diferencia de los adultos por su “inmadurez de su sistema nervioso”. Por el contrario, los niños tienden a sentir un dolor mucho más intenso que el adulto, gracias a que su sistema nervioso se desarrolla a temprana edad gestacional. (6)

La fisiopatología del dolor y la sensación de este en los niños, el alivio del dolor y sufrimiento se considera uno de los derechos del paciente pediátrico, y una de las responsabilidades fundamentales del ejercicio profesional de Enfermería. (6)

Derecho que se encuentra plasmado en la Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado, basada en la Convención de los Derechos del niño celebrada en 1989, afirma que “los niños tienen derecho a no sufrir dolor de forma innecesaria”,

por lo tanto, no se encuentra justificación para que los niños sufran dolor y aún menos cuando éste puede ser aliviado o eliminado.

Para la disciplina de Enfermería el manejo del dolor es un precepto consagrado en el Código de Ética del Comité Internacional de Enfermería, donde resalta que "la existencia como profesional de Enfermería es contribuir con un eficaz tratamiento y atención al dolor, no solo aplicando su área cognoscitiva, sino también en el área actitudinal, y ello se debe reflejar en sus cuidados diarios". (6)

En la práctica de Enfermería a nivel intrahospitalario, el cuidado de los niños que sufren de dolor representa un reto, porque se debe entender el contexto clínico del niño, su etapa de desarrollo, su medio familiar y social para lograr realizar intervenciones apropiadas en cada caso. Esta comprensión se basa en la percepción de los enfermeros, la cual es una interpretación que cada uno de ellos hace del dolor de acuerdo sus conocimientos, cultura y experiencias vividas.

La Percepción es "la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto". (7)

Así, es importante conocer los factores que condicionan la percepción del dolor en los enfermeros, para fortalecer sus conocimientos y habilidades para el cuidado. Sin embargo, se encuentran pocos estudios sobre la percepción de los enfermeros y enfermeras en el manejo de la experiencia del dolor en el paciente pediátrico, este poco conocimiento limita la correcta atención que se les debería brindar a estos pacientes, en la práctica clínica.

Debido a que el dolor infantil ha sido, en el transcurso del tiempo, un tema con escasa visibilidad entre el personal de salud, que está acompañado de falsas ideas, como que se requiere tener una mayor madurez física y neurológica que la del niño para experimentar y dar respuesta al dolor, se hace necesario buscar ampliar el conocimiento referente a este tema. A partir de un problema real y complejo como es el manejo del dolor en los niños, se busca conocer la percepción sobre el dolor que tienen los enfermeros que cuidan a los niños.

1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA PROBLEMA

En este orden de ideas, resulta como propósito de esta investigación determinar ***¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS(A) SOBRE EL DOLOR EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD EN LA CIUDAD DE CALI 2019?***

2. JUSTIFICACIÓN

Históricamente algunas teorías de Ardí y Cols dieron un gran impulso a los estudios sobre el dolor en los inicios del siglo XX afirmando que los niños perciben el dolor con menor intensidad que el adulto, por la supuesta inmadurez biológica de su sistema nervioso central, además según ellos, el niño apenas es capaz de recordar las experiencias dolorosas. Así como también que el niño tiene un umbral más alto para el dolor, lo que le hace tolerarlo mejor que el adulto (8).

Según la teoría de Beecheer, 1959, donde se identificó el dolor clínico como una entidad patológica, de la cual había poca evidencia científica. Beecheer en esta teoría afirma que los niños son más sensibles a los efectos adversos de los fármacos, o que metabolizan de forma diferente los opiáceos y están más predispuestos a la adicción a los mismos. (8)

Hoy en día esas teorías han sido desechadas y se acepta que ninguna de ellas es cierta. Se admite que el dolor constituye un problema común entre los niños y adolescentes, tal y como han mostrado estudios epidemiológicos recientes. (9)

Los estudios de incidencia y prevalencia sobre el dolor muestran que es un problema de salud pública, pues más del 60% de la población ha sentido dolor, al menos un día durante su vida (5). Algunos estudios realizados, desde el punto de vista anatómico afirman que, entre las 24 y las 29 semanas de gestación, se puede dar por finalizado el desarrollo de las vías nociceptivas del feto, y hacia las 30 semanas está completada la mielinización hacia el tálamo y la corteza cerebral, por lo que las vías anatómicas y neurosensoriales necesarias para la percepción dolorosa serán funcionales desde esos momentos. (5)

La confirmación de estos hechos y el impacto derivado que tiene la experiencia dolorosa en la vida del niño han supuesto sin duda que aumente el interés por conocer más acerca del dolor pediátrico. (10)

La Academia Americana de Pediatría, la Sociedad española del dolor, en Venezuela, Chile, Costa Rica, México y otros países de América evalúan las

variables sobre el dolor en el niño han aplicado Guías Clínicas Basadas en Evidencia e instrumentos de medida del dolor, además de diferentes tipos de analgesia según correspondan por edad e intensidad.

Según Serrano, Caballero, Cañas, García, Serrano y Prieto cada vez hay más datos sobre el predominio del dolor: un 80% de niños con enfermedad crónica lo tendrán. En la edad escolar hasta un 20% puede referir cefaleas, un 15% dolor de piernas o de espalda y un 10% dolor abdominal recidivante. Si se trata del niño hospitalizado, al menos el 50% sufrirá dolor físico. Se considera que el debido al miedo a la enfermedad, a los tratamientos, al mismo médico o a la separación del entorno familiar, el sufrimiento alcanza al 100%. (11)

Recientemente se observa que algo ha cambiado. Al hacer un análisis bibliográfico sobre el tema, hay un aumento creciente de las investigaciones y teorías acerca del dolor infantil. Si en 1975 únicamente se encontraban 33 citas, en 1991-92 ya eran 2.966. Actualmente se considera un deber científico y ético prevenir y tratar el dolor en Pediatría. (12)

En Colombia existe escasa bibliografía acerca de la valoración, manejo y experiencia del dolor en el niño, en el país no existen estadísticas sobre el dolor en población pediátrica, sin embargo según la Encuesta Nacional de Dolor, publicada en 2014 por la Asociación Colombiana para el estudio del Dolor, reportar que al menos un 76% de la población ha tenido un dolor en los últimos 6 meses y el 70% de estar personas refieren haber recibido tratamiento médico analgésico para el mismo con bajo porcentaje de efectividad, es cierto que en esta estadística no se diferencia el dolor pediátrico, pero si nos sirve para plantear la falta de importancia en la evaluación y el control del dolor en los niños, no solo a nivel mundial sino también a nivel nacional. (5)

Es de vital importancia que los enfermeros que tienen como objeto de cuidado a un grupo poblacional tan susceptible como son los infantes, comprendan y conozcan que los mecanismos de dolor de estos son muy distintos al dolor percibido por un adulto, los infantes no tienen la misma capacidad verbal de los adultos para

expresar la sensación de dolor. Esto hace que el manejo, el seguimiento y evaluación de este proceso sensorial sea totalmente diferente en niños.

Los efectos de cada experiencia dolorosa ocurren a través de la vida. Esto significa que la percepción y significado del dolor son únicos para cada individuo. Refiere Tovar M. en 2005 que: “En la medida que los niños están más pequeños describen niveles más altos de dolor y angustia que los niños mayores, posiblemente debido a que los niños mayores son capaces de entender mejor el significado y las consecuencias del dolor” Todos estos son factores que los enfermeros y todo el equipo interdisciplinario que tenga como objeto de cuidado a los niños debe tener en cuenta para general un apropiado abordaje. (6)

Cada ser humano tiene una percepción distinta de los procesos de vida, de la opinión del otro y de todo su entorno en sí, así entonces, cuando se plantea esta pregunta ¿Qué piensan los enfermeros sobre el dolor en niños hospitalizados? Se espera encontrar variabilidad en las respuestas de cada uno de estos profesionales, pero la variabilidad no es aquí lo más relevante sino el contenido de cada respuesta en sí.

El propósito es saber y entender cuál es la percepción de los enfermeros y enfermeras acerca del dolor en estos niños. Ya que este tema no es un asunto que se indague con mucha frecuencia, existen vacíos en la literatura concerniente a esto, por ende es de suma envergadura que se dé a conocer los frutos de esta investigación con el fin de entender este proceso del manejo del dolor en niños y educar a los futuros profesionales no solamente del cuidado de enfermería si no otros actores de la salud a que este abordaje de la sensación de dolor en infantes debe ser integrativo y diferente que el resto de grupos etarios.

Aunque existen conocimientos y medios para aliviarlo, es frecuente que el dolor de los niños no se reconozca, se ignore o incluso se niegue. Sin embargo la Organización Mundial de la Salud -OMS- ha desarrollado unas directrices denominadas “Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas” en donde expone cual debe ser

valoración, seguimiento e intervenciones farmacoterapéuticas para estos niños con dolor, sustituyendo unas directrices anteriores “Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer infantil” en donde solo se fundamentaban en el tratamiento terapéutico para dolor oncológico en estos niños, sin reconocer que los niños no solo padecen de dolor oncológico sino también de otros tipos de dolor por diversos agentes causales dejando a un lado. (13)

Desarrollar el presente estudio se convierte en una oportunidad para los estudiantes de Enfermería de lograr competencias como investigación y de esta manera lograr cumplir con el programa académico, y a los futuros investigadores seguir profundizando en este fenómeno estudiado.

Es necesario que la Universidad Santiago de Cali, la Facultad de Salud y el Programa de Enfermería se sensibilice hacia la investigación e indagar más acerca de fenómeno para encontrar respuesta a lo que ocasiona problemas como la insatisfacción y sufrimiento en los pacientes pediátricos.

Esta investigación es de tipo cualitativa, transversal y de carácter fenomenológico, que busca describir que piensan los enfermeros con relación al dolor en pediatría, es decir cuál es su percepción sobre el dolor experimentado y manifestado por niños hospitalizados, tomando como fundamento teórico el modelo de Hildegard Peplu con su teoría de la “psicodinámica”, en donde plantea la relación enfermera-paciente, como el pilar fundamental de su teoría. Este es un modelo orientado a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal. Esta teoría fue elegida viendo la necesidad de entender el pensamiento de los enfermeros frente al fenómeno del dolor en los niños, porque contribuye a entender mejor el vínculo entre enfermero(a)- paciente.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Determinar la percepción de los enfermeros sobre el dolor en niños hospitalizados en diferentes instituciones de salud, Cali 2019.

3.2. ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar la caracterización sociodemográfica de los enfermeros que cuidan niños hospitalizados en los diferentes servicios de salud.
- ✓ Describir la percepción de los enfermeros sobre el dolor en niños hospitalizados en los diferentes servicios de salud.
- ✓ Correlacionar los hallazgos encontrados de la percepción de los enfermeros con el cuidado de los niños.

4. MARCOS DE REFERENCIA

4.1. MARCO CONCEPTUAL

4.1.1. *Percepción:* Es un mecanismo que realizan los seres humanos, consiste en recibir, interpretar, comprender los estímulos externos, codificándolas a través de los sentidos, son datos captados por el cuerpo a modo de información y aparece como resultado un proceso cognitivo que también es parte de percepción. (14)

4.1.2. *Dolor:* Es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. (15)

4.1.3. *Cuidado:* En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. (16)

4.1.4. *Niños:* Son aquellos individuos que se encuentran en el ciclo de vida en la infancia, los niños se encuentran en el rango de edad hasta los 12 o 14 años de edad, ósea antes de la infancia. Teniendo diferentes puntos de vista; por lo jurídico, es toda persona que es menor de 18 años, con derechos y deberes, el niño debe ser considerado como objeto de protección, siendo un ciudadano pleno, protegido y amparado por la ley. (17)

4.1.5. *Familia:* En el ámbito social con base afectiva en el ser humano, es donde se aprende los valores, reglas, normas y principios para la vida. (18)

4.1.6. *Manejo del dolor:* Primero se debe tener en cuenta que el manejo del dolor es dependiendo de cada persona, porque no se maneja lo mismo, cada persona siente y responde a su dolor de forma distinta. (19)

4.1.7. Escala analógica: La escala analógica de dolor (EVA), sirve para medir el dolor y es muy similar a la escala numérica. En los extremos esta uno con “no dolor” y el otro extremo que indica “el peor dolor imaginable”, el paciente marca la línea de punto sobre la intensidad del dolor. (20)

4.1.8. Sociedad: Es la agrupación de dos o más personas, que se unen para tener algún objetivo. Así se reconoce sociedades familiares, que a su vez se unen para formar pueblos o naciones. (21)

4.1.9. Sistema Salud: Según la OMS, el Sistema de Salud son todas las organizaciones, instituciones o recursos, cuyo objetivo es mejorar la salud. (22)

4.1.10. Conocimiento: Son representaciones que se almacenan mediante la experiencia o de adquisición de conocimientos a través de la observación. (23)

4.2. MARCO TEÓRICO

El alivio del dolor es un derecho humano fundamental, derecho prioritario si se trata de un niño y una de las responsabilidades fundamentales del ejercicio del enfermero, como está consagrado en el código de ética de enfermería.

El enfermero que en su práctica clínica centra su atención en el niño, tiene como principal objetivo ayudar a la satisfacción de las necesidades de salud de los niños, favoreciendo su bienestar y disminuyendo el sufrimiento. Debe contribuir con un eficaz tratamiento y no mecanizarse ante él, a diario se encuentra el enfermero con el dolor en niños y en cualquier etapa de la vida y esta condición hace que el enfermero lo vea como algo “normal” y solo se limita a la administración de medicamentos y no verlo en su parte emocional y familiar. (24)

El tratamiento y manejo del dolor pediátrico para enfermería, ha sido un problema muy frecuente por la dificultad que tienen estos niños de expresarse, por la subjetividad a la hora de transmitir una idea y que por esa misma subjetividad se tiende a mal interpretar o subvalorar lo que estos están expresando a cerca de su dolor, llegando a cometer errores graves en este manejo terapéutico.

La revisión de conceptos que rodean el manejo del dolor en niños desde la disciplina de Enfermería, como son la percepción de los enfermeros que los cuidan, sus conocimientos y creencias acerca del tema, nos llevan a entender el porque es una situación de salud poco investigada. (24)

4.2.1. Dolor

¿Qué es el dolor? Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) “Es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño”. El dolor es parte de nuestras vidas desde el momento mismo que nacemos, incluso antes, siendo

este la principal causa de consulta, trayendo consigo una serie de comorbilidades que terminan afectando por completo la calidad de vida.

El dolor es además un problema para el paciente, ya que puede ser grave, muy intenso y causar molestia y sufrimiento; puede incluso provocar incapacidad para realizar las actividades normales de cualquier persona, incluso aquellas recreativas o laborales, esenciales para la adecuada salud mental. (25)

4.2.2. Fisiopatología

Es importante reconocer que no todos los dolores son iguales, de tal manera que tendríamos que distinguir muy claro el síndrome doloroso de cada paciente. El síndrome doloroso somático suele referirse como opresivo o punzante, estar bien localizado y está relacionado con daño a estructuras somáticas, como hueso, músculo, tendón. Se conduce principalmente por fibras A-delta. (26)

El dolor visceral suele ser más de tipo cólico o sordo, mal definido en su localización y transmitido por fibras amielínicas tipo C. Se relaciona con daño a vísceras. Ambos síndromes se incluyen en lo que se llama dolor nociceptivo, ya que el daño a las estructuras referidas es real, y el sistema nervioso solo transmite la información sin estar afectado. Por contraparte, el síndrome doloroso neuropático se manifiesta principalmente como ardoroso, quemante o como toque eléctrico. En este caso, el daño está en el sistema somatosensorial, es decir en nervios; ya sean periféricos o centrales. Éste es un dolor no nociceptivo. (27)

Es importante distinguir en particular este síndrome ya que el manejo es muy diferente a los demás síndromes. El dolor neuropático suele tender a la cronicidad. También está la coexistencia de síndromes (lumbociatalgia) y habrá que manejar ambas causas del dolor. (27)

También es muy importante distinguir entre dolor agudo y crónico. Dolor agudo es de instalación reciente y con duración menor a 3 meses. (27)

Dolor crónico es aquel que persiste a la causa original y tiene más de 3 meses de duración. La razón por la que es importante el distinguirlos, es porque la fisiopatología del dolor agudo y crónico son muy distintas, y si queremos tratar un dolor crónico como un dolor agudo estamos condenados al fracaso. (27)

“El dolor agudo se percibe 0.1 segundos después del contacto con el estímulo doloroso; el impulso nervioso generado viaja hacia el sistema nervioso central a través de fibras de una alta velocidad de conducción. Dura segundos, minutos o incluso días; pero generalmente desaparece cuando la afección que lo origina llega a término” En la mayor parte de las ocasiones es producido por estimulación nociva, daño tisular o enfermedad aguda; el dolor agudo casi no se percibe en algún tejido profundo del organismo. (28)

Cuando no es manejado correctamente, existe el riesgo de que se genere una sensibilización central y entonces los mecanismos primordiales de génesis y perpetuación del dolor son diferentes, pasando ya a segundo término lo que ocurre en la periferia. Para poder entender el dolor, tenemos que entender primero lo que es la nocicepción. Los mecanismos moleculares, celulares y sistémicos, su amplificación o depresión, se conocen como nocicepción. Y aquí es clave reconocer que hay mecanismos pronociceptivos y antinociceptivos. De la modulación entre ambos dependerá en gran medida la presencia o no y la cantidad de dolor que el paciente experimente. (27)

Existen 4 procesos básicos en la producción de dolor, nocicepción: Transducción, conducción, modulación y percepción. En la transducción los nociceptores traducen un estímulo físico, térmico o químico en una señal eléctrica. Esta señal será conducida después a través de fibras nerviosas, principalmente tipo A-delta y C, aunque en estados patológicos también podremos encontrar fibras A-beta. Una vez que el estímulo nervioso llega a astas posteriores, entra el proceso de modulación, en el cual se ven involucradas neuronas inhibitorias gabaérgicas y células de la glía que son excitatorias. (27)

Del proceso de modulación resultante, la señal original puede ser aumentada o atenuada. La señal resultante viajará por los tractos espinotalámicos hasta llegar a tálamo y otros núcleos del sistema límbico, donde se verán implicadas las respuestas emocionales y se pueden modular por emociones y atención; para finalmente llegar a la corteza somatosensorial donde finalmente se percibe como dolor. (27)

Tanto de la corteza como de núcleos del tallo cerebral se desencadena una respuesta inhibitoria descendente, mediada esencialmente por noradrenalina (Locus cerúleos, tegmento pontino dorso lateral) y serotonina (núcleos del rafé, médula rostroventromedial y sustancia gris periacueductal). (27)

4.2.3. Clasificación del dolor

El dolor se puede clasificar en agudo y crónico. Dolor agudo el que se puede prolongar días o semanas, con una duración inferior a 6 meses. Dolor crónico es persistente, de causa orgánica y de duración mayor a 6 meses. (25)

Existen diferentes tipos de dolor según el origen, dolor somático, está localizado afecta la piel, musculo, ligamentos o huesos; dolor visceral afecta los órganos internos, es un dolor mal localizado, dolor neurótico, anormal o patológico proviene de una lesión del sistema nervioso y es poco frecuente. (25)

4.2.4. Dolor en niños

Por otra parte, el dolor en niños tiene algunas características distintas a las de los adultos y esto hace que el manejo de este tenga un abordaje distinto:

Actualmente está totalmente aceptado que el sistema nervioso central (SNC) está suficientemente desarrollado para procesar la sensación nociceptiva desde antes del nacimiento. Además de ser una experiencia psicológicamente negativa y

provocar respuestas fisiológicas adversas que pueden aumentar la morbimortalidad, la exposición al dolor ha demostrado modular respuestas aumentadas al dolor en etapas posteriores de la vida. Esta memoria temprana del dolor puede condicionar el miedo y rechazo de la atención médica en la vida adulta. (7)

En el RN, las vías neurosensoriales necesarias para la transmisión nociceptiva están anatómicamente y funcionalmente intactas. En el neonato, como en el adulto, las fibras C no mielinizadas transmiten la información nociceptiva periférica. La transmisión nerviosa en fibras A-delta incompletamente mielinizadas está retardada, no bloqueada, hasta que la mielinización se complete postnatalmente. Las distancias más cortas necesarias para el viaje del impulso nervioso compensan cualquier retardo en la velocidad de conducción. Las respuestas endocrinas al estrés de diversos tipos de dolor quirúrgico pueden ser atenuadas o bloqueadas por el uso de anestesia inhalatoria o con fentanil, respectivamente. Una falta de atenuación de las respuestas neuroendocrinas al estrés se correlaciona con inestabilidad intraoperatoria y aumento de las complicaciones circulatorias y metabólicas postoperatorias. (28)

Las vías del dolor se desarrollan continuamente durante la niñez produciendo un refinamiento de las modalidades sensoriales y conexiones corticales dentro del sistema límbico y las áreas afectivas y asociativas de la corteza frontal, parietal y la ínsula. Entre los 8 meses y los 2 años de edad se produce un exceso sináptico en los lóbulos frontales (lugar del procesamiento inhibitorio cognitivo). El hipocampo - sitio de regulación emocional- no se desarrolla totalmente hasta los 6 años de edad. (28)

Los preescolares de 3 a 7 años son capaces de describir algunos aspectos de la localización, intensidad y calidad del dolor. Cuando es factible, este es mejor evaluado preguntando a los niños directamente acerca de estas características de su dolor. En los escolares los métodos de autoregistro del dolor utilizando escalas de puntaje para su intensidad también han probado ser particularmente útiles, y correlacionan bien con los puntajes simultáneos de sus padres. (28)

Los niños y adolescentes experimentan una gran variedad de condiciones dolorosas agudas y crónicas asociadas con enfermedades infantiles comunes y/o accidentes. En 2001, la Academia Americana de Pediatría y la Sociedad Americana del Dolor, establecieron un comunicado conjunto recomendando que el dolor sea reconocido y tratado de forma intensiva en niños. Sin embargo, a pesar de los adelantos en la ciencia de la fisiología del dolor y sobre la seguridad en administración de medicamentos disponibles, ese conocimiento no se ha trasladado de manera generalizada ni efectiva al ámbito clínico diario y el manejo inadecuado del dolor continúa siendo un problema. (28)

4.2.5. Manejo de dolor en niños

El manejo del dolor en niños no ha sido prioritario debido a la falta de conocimiento de los enfermeros; manejando el dolor como algo que va ligado solo a un estado emocional, es decir cada persona vive y experimenta el dolor diferente, pero en el caso del dolor en los niños se debe de dar un abordaje diferente en cada una de las etapas de la niñez, desde interpretar sus gestos y movimientos con el lenguaje no verbal. El dolor en niños siempre ha existido, en 1980 toma importancia cuando el problema empieza a tener relevancia, salen investigaciones en todo lo relacionado del dolor en los niños, abordaje, factores que influyen, tratamiento del dolor y consecuencias. (29)

Levin y Gordon analizaron el tipo de llanto en niños desde el prematuro identificando el llanto característico de ellos. En 1986 Anand demostró que los recién nacidos operados sin anestesia experimentan cambios metabólicos y hormonales, en 1987 Fowler Ferri evidencia que los niños sienten mayor intensidad de dolor que el adulto, contrario a lo que se había hablado desde un comienzo.

4.2.5.1. Factores que influyen en el dolor

- Percepción del dolor en el niño: Se ve influenciada por aspectos psicológicos y entorno infantil, que repercute y modulan la sensación nociceptiva, por lo que una por lo que una situación patológica puede dar diferentes reacciones dolorosas diferentes.

Puede ocurrir que el niño le preste toda la atención al dolor y como consecuencia un aumento de ansiedad y de miedo a la sensación del dolor, en resultado de esto se puede magnificar y sentirla como un empeoramiento del cuadro.

- Característica del dolor: inicio, intensidad, evolución, tiempo, etiología, consecuencias.
- Recursos que se dispone: medicación, materiales y posible monitorización.
(29)

4.2.5.2. Escalas de medición para manejo de dolor en niños

- **Método conductual:** Basado en la observación del comportamiento de los niños ante el dolor. Se observa agitación, ansiedad, expresiones verbales (llanto) del niño. Para ello se hace uso de la escala de Cheops, útiles para los niños menores de 24 meses (ver figura 1). (30)

➤ Escala de Cheops (Chilares Hospital of Eastern Paint Scale)

Es una escala conductual que se basa en la observación de las respuestas del niño ante el dolor, son útiles para niños antes de los 24 meses de edad, si el dolor es agudo, se debe mirar sus facciones, agitación y para niños no verbales identificar el llanto que cambia, sus expresiones. (30)

Ilustración 1. Escala de Cheops (Chilares Hospital of Eastern Paint Scale)

Puntaje	Clasificación
4	No dolor
5 a 8	Dolor leve
9 a 11	Dolor moderado
12 a 13	Dolor severo

Fuente: Ramirez Maria y Gutierrez Stella, Evaluacion del dolor en niños con derrame pleural. Arch pediátrico Urug vol 72 http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492001000400006

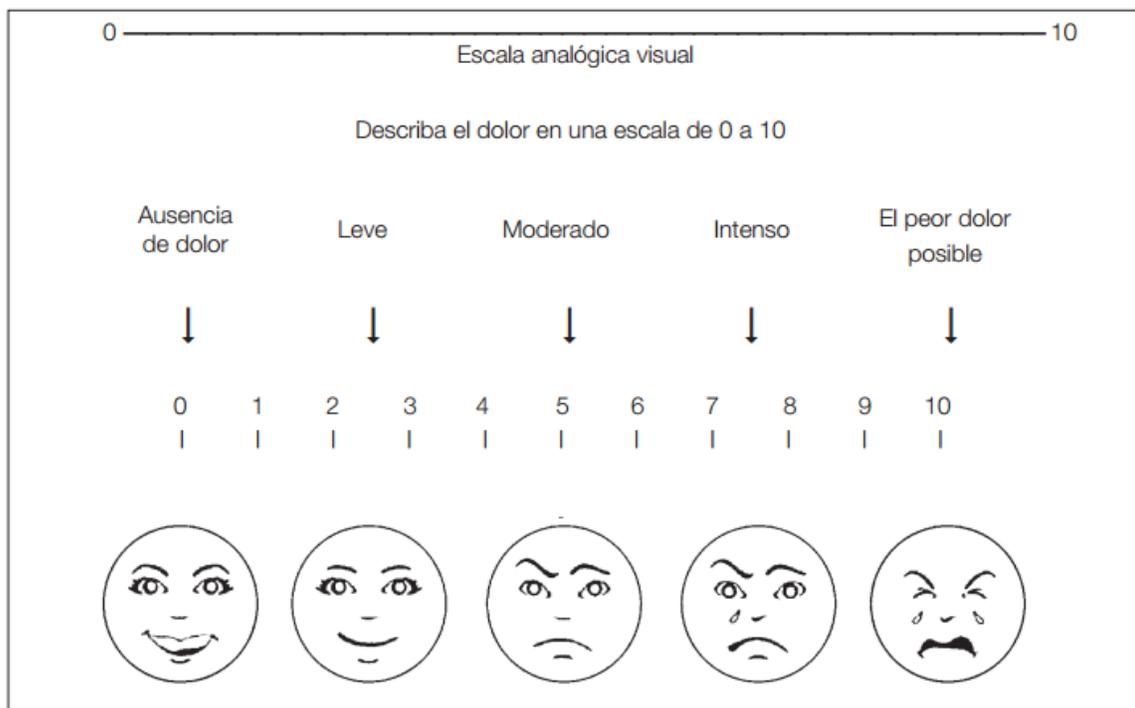
➤ **Escala conductual para niños de 1 mes a 4 años**

Método fisiológico: Son múltiples alteraciones que el niño puede experimentar a nivel fisiológico, que son más o menos medibles, se agrupa por sistema:

- ✓ Sistema circulatorio: Produce un aumento del sistema simpático, lo que produce mayor producción de catecolaminas, aparece la taquicardia, hipertensión arterial, aumento del gasto cardiaco y aumento de oxígeno por el miocardio.
- ✓ Sistema respiratorio: Disminuye la ventilación, con riesgo de hipoxemia.
- ✓ Sistema urinario: Detención de orina.
- ✓ Sistema digestivo: Descenso de la motilidad a nivel del estómago e intestino con náuseas y vómitos.
- ✓ Sistema endocrino y metabólico: Elevación de catecolaminas y de las hormonas catabólicas ocasiona un aumento del metabolismo y aumento de oxígeno.
- ✓ Sistema neurológico: Aumento de la presión intracraneana. A nivel psicológico aparece ansiedad y miedo. (30)

- **Método autoevaluativo:** Son los más utilizados en niños mayores de 4 años. Escala visual analógica (ver figura 2), escala facial del dolor (ver figura 3), escala de las fichas, la escala de los “ay” (oucher scale) (ver figura 4) o los de autorrepresentación. (27)

Ilustración 2. Escala visual analógica.



Fuente: Consulmedica library of medicine, ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR;
http://www.consulmedica.com/2017/09/escala-visual-analoga-del-dolor_26.html

Ilustración 3. Escala de Oucher.



Fuente: Current F. (oucher scale). Url: https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/01/DOLOR_Valoracion.pdf

- **Método proyectivo:** Basado en interpretación de láminas donde hay dibujos de un niño, o se le pide al niño que se dibuje sobre el cual situé donde y también donde le duele, usando diferentes colores, existen diferente estudio que el rojo y negro son los colores que más utilizan para representar el dolor. (30)

➤ **Entrevista estructural:**

En niños grandes se aplica y sirven para dar información sobre el dolor y como se siente. En el denominado “*The Pediatric Pain Questionnaire*”, se realizan unas preguntas: (30)

- a. Decir tres cosas que en algún momento que le ha producido el dolor.
- b. Se presenta una lista de palabras al niño y se le pide que rodee las palabras que describen el dolor.
- c. ¿Qué color es el dolor?
- d. ¿Cómo se siente cuando tiene el dolor?
- e. Recordar el peor dolor que haya tenido ¿Cómo fue?, ¿Cómo se siente?
- f. Cuando tiene dolor, ¿qué es lo que le ayuda a sentirse mejor?
- g. ¿Cree que algo bueno tiene el dolor?
- h. ¿En este momento siente dolor?

➤ **Escala numérica verbal:**

En ella se refleja la intensidad del dolor a intervalos numéricos del 0 al 10, que sean con expresiones verbales, que van desde nada de dolor, hasta dolor intenso. (30)

Ilustración 4. Escala numérica verbal.



Fuente: Monografies Mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i les Balears 12; p82
www.academia.cat/pages/academ/vidaacad/publica/mo_me/mo_me12/catala/mome12.pdf

4.2.6. Tratamiento de dolor en niños

El tratamiento del dolor en el niño, durante muchos años, fue percibido como herramienta de segundo plano en las terapias pediátricas, que buscaban preferentemente la terapéutica basada en la etiología, ya que había una serie de ideas preconcebidas, como que los niños percibían el dolor con menor intensidad por la supuesta inmadurez biológica de su sistema nervioso central, que además el

niño apenas es capaz de recordar las experiencias dolorosas, así como que tiene un umbral más alto para el dolor, lo que le hace tolerarlo mejor que el adulto. (31)

Hoy día estas teorías han sido desechadas y se acepta que ninguna de ellas es cierta. Se admite que el dolor constituye un problema común entre los niños y adolescentes, tal y como han mostrado estudios epidemiológicos recientes. La constatación de estos hechos y la comprobación del impacto que tiene la experiencia dolorosa en la vida del niño, ha supuesto sin duda que aumente el interés por el dolor pediátrico. (31)

Las primeras experiencias dolorosas deben manejarse correctamente ya que servirán de experiencia positiva o negativa frente a experiencias posteriores. (31)

4.2.6.1. Tratamiento Farmacológico

El tratamiento debe ser sistemático (horario), anticipado al evento doloroso (analgesia preventiva) y multimodal, es decir atacando las diversas vías del dolor en distintos puntos y en forma simultánea. (32)

Para el tratamiento disponemos de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Entre las medidas farmacológicas contamos con analgésicos como, paracetamol, AINES, opioides, anestésicos locales, coanalgésicos (relajantes musculares, toxina botulínica, ansiolíticos). Entre los medios no farmacológicos, están los métodos físicos (masaje, inmovilización, crioterapia), y también se cuenta con técnicas psicológicas y/o conductuales como la relajación y distracción (música, cuentos, juegos, etc). (32)

El Paracetamol es el único permitido en los menores de 1 año (aceptado aún en prematuros). Los AINES son un grupo de drogas con potenciales efectos secundarios a nivel digestivo, renal y de coagulación, debiendo evitarse en los menores de 6 meses por la inmadurez renal. Están contraindicados en asmáticos severos, deshidratación y/o hipovolemia, insuficiencia renal, insuficiencia hepática,

úlceras pépticas, coagulopatía y alergia a los AINES. La asociación de AINES no potencia el efecto analgésico, sólo aumenta el riesgo de los efectos colaterales. (32)

En el tratamiento del dolor moderado, se utiliza la codeína, (opioide débil) y el tramadol (analgésico opioide de acción central). En el caso de dolor severo, la morfina, es la droga de referencia, otorgando una analgesia dosis dependiente, y sólo los efectos colaterales limitan su dosificación, como son: la sedación, la depresión respiratoria, las náuseas y vómitos, el íleo, la retención urinaria y el prurito. (32)

4.2.6.2. Tratamiento no farmacológico

Los enfermeros deben de estar familiarizados con esta medida para utilizarla con los niños para que este lo más confortable posible, disminuyendo la ansiedad y que las intervenciones terapéuticas tengan un resultado positivo. Para ellos se encuentran diferentes técnicas dependiendo de la edad del niño, el ambiente que sea adecuado y tranquilo, algo muy importante que estén presentes los padres o cuidador durante el procedimiento son elementos claves para la infancia. (25)

- **Lactancia materna:** La presencia de la madre, el contacto piel a piel, la succión y la sensación dulce de la leche, proporciona en el lactante un efecto analgésico debido al efecto del aumento de las beta-endorfinas. Su eficacia es inmediata pero cesa al dejar de succionar.
- **Método madre canguro:** Permitir que la madre este en el procedimiento, coja y acaricie al niño proporciona estabilidad fisiológica y disminuye el dolor en procedimientos cortos.
- **Maniobras de distracción:** Consiste en dirigir la atención a estímulos diferentes al procedimiento doloroso. Estas técnicas pueden ser leer, jugar, escuchar música, ver televisión, entre otras.

- Estimulación táctil: Las caricias y masajes, incluso coger la mano del niño durante el procedimiento, puede reducir el dolor de la intervención. También se puede aplicar frío en la zona.
- Estimulación transcutánea: Consiste en aplicar electricidad de bajo voltaje a través de electrodos colocados en la piel. Esta indicado en mayores de 4 años.
- Técnicas de relajación: El control de la respiración es una técnica que se puede utilizar en los niños, permite disminuir la ansiedad.
- Imaginación guiada: Evocar imágenes para que se recree situaciones agradables.
- Hipnosis: Mediante la hipnosis, se altera la conciencia, lo que genera una disminución de la sensibilidad ante un estímulo doloroso.
- Sugestión: Explicarle al niño que un objetivo tiene la capacidad de disminuirle el dolor.
- Bloqueo del pensamiento: Hacer recordar al niño que recuerde momentos positivos de otro episodio doloroso sufrido anteriormente.
- Sistema de recompensas: Es relacionar el dolor con un episodio premiado, si el niño coopera será premiado, en caso contrario no se debe castigar.
- Información: En escolares es importante explicar el procedimiento que se le va a realizar, con unas palabras sencillas que el niño tenga la capacidad de entender de lo que se le está explicando y también lo que él va a sentir, no engañar. (25)

4.2.7. Cuidado de enfermería

Una correcta valoración, control, prevención y manejo de dolor son prioridades cuando se trabaja con niños y es el pilar básico para ofrecer una atención de calidad. El papel de enfermería es fundamental, ya que son los profesionales que más se implican en el cuidado y mantenimiento de su salud vigilando y controlando la aparición de dolor y actuando de puente entre el paciente y la familia con el resto de personal sanitario. (33)

Uno de los muchos estudios que se han realizado sobre el tema de la percepción que también lleva a la actitud del enfermero hacia el dolor del niño y de allí desencadena la confianza que puede generar el enfermero hacia el niño para el éxito del su tratamiento o procedimiento. (33)

Se efectuó un estudio en un servicio de pediatría, presentando un cuestionario sobre la actitud del enfermero hacia el dolor del niño y se relacionó con las variables de experiencia laboral y formación continua. (33)

El enfermero involucrado en la atención en los niños, tienen la responsabilidad de asegurar los cambios en la práctica clínica, basado en los estudios clínicos publicados. Muchas veces no se puede evitar los procedimientos dolorosos, pero si minimizar el dolor y la angustia que siente los niños. Siempre recordando los enfermeros que desde la etapa de recién nacidos hasta la adolescencia sienten dolor y la ansiedad debe ser tratados adecuadamente. (33)

La guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer, ha planteado 22 recomendaciones básicas para que los enfermeros evalúen correctamente el dolor pediátrico: que va desde el uso de escalas para el dolor gráficas y simbólicas de fácil comprensión para el niño, escuchar la opinión del cuidador del niño a cerca de ese dolor, realizar una valoración exhaustiva en donde las manifestaciones físicas y la apariencia general pueda denotar dolor, realizar la valoración del dolor en intervalos regulares realizando un registro de este. Nunca subvalorar lo que manifiesta el niño a cerca del dolor. (34)

Como el dolor en niños y su manejo es un tema controvertido para el cuidado enfermero, es necesario para su comprensión entender qué hay en el fondo de esta situación, para ello se realizó la investigación cualitativa fenomenológica a la luz de la teorista Hildegard Peplau quién dentro de su teoría afirma que la relación enfermero – paciente es fundamental para un cuidado holístico e integral, de las personas. Al comprender la percepción de los enfermeros experimentados en pediatría nos ayudará a fortalecer conocimientos sobre el dolor y su cuidado.

4.3. MARCO ÉTICO

4.3.1. Marco ético internacional

4.3.1.1. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos CIOMS:

La contribución particular de las 25 pautas de CIOMS en este campo ha sido la emisión de directrices internacionales para la aplicación de principios éticos en varias áreas clave. Los principios éticos establecidos en las pautas de CIOMS deberían aplicarse en la revisión ética de los protocolos de investigación. Estos principios éticos se consideran universales. Además, las pautas deberían leerse e interpretarse como un todo. El trabajo comenzó con la Primera Conferencia de la Mesa Redonda del CIOMS "La ciencia biomédica y el dilema de la experimentación humana" celebrada en París en 1967. (35)

4.3.1.2. Declaración de Helsinki:

En la declaración de Helsinki se afirma que: "La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes" (36)

"El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber". Es por ello que esta investigación en esta teóricamente fundamentada, después de haber realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva, y de esta manera poder brindar a los participantes de la investigación un adecuado desarrollo de esta. (36)

4.3.1.3. Principios bioéticos:

4.3.1.3.1. Beneficencia: O no benevolencia es el principio de evitar el daño o lo malo para el sujeto de sociedad. La benevolencia es actuar ayudando a otros a obtener el beneficio de ellos, reduciendo el daño físico y emocional.

4.3.1.3.2. Autonomía: Principio ético que da la libertad al paciente que cada uno tiene para determinar sus propias acciones. Se debe respetar las decisiones como pacientes autónomos que toman las decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convecciones personales.

4.3.1.3.3. Justicia: Principio de ser equitativo o justo, igualdad de trato hacia los demás; esto quiere decir que el enfermero brinda a los mismos pacientes con necesidades de salud igual, debe de recibir igual cantidad y calidad de servicios, y los demás sujetos que tienen una necesidad mayor de salud, deben de recibir más servicios que otros de acuerdo a las necesidades de salud.

4.3.1.3.4. Fidelidad: Es el principio de crear confianza del enfermero a paciente. Se trata de hecho de una obligación o compromiso de ser fiel con relación al paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad.

4.3.1.3.5. Veracidad: Principio ético de decir la verdad, no mentir, ni engañar a los pacientes.

4.3.1.3.6. Confidencialidad: Principio ético de salvaguardar la información personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes. Teniendo excepciones como observaciones técnicas relacionadas con el diagnostico o terapéutica que se deben registrar en las fichas clínicas, que es de interés para el equipo interdisciplinar. (37)

4.3.2. Marco ético nacional:

Las autoridades están en la obligación de garantizar la ética de la investigación en salud, este apoyada por una reglamentación que concuerde con las pautas establecidas de acuerdo con el comité de ética (CEI) a escala nacional, subnacional y/o institucional (pública o privada), capaces de someter a revisión independiente todas las investigaciones de salud. (38)

Toda investigación con seres humanos debería de estar sujeta a revisión por parte de la CEI.

La CEI forma parte de programas más ampliados de protección a los participantes de investigaciones, incluyen la capacitación de los miembros del CEI y los investigadores y los mecanismos para garantizar que los CEI que trabajen eficiente y efectivamente. Los gobiernos nacionales son los encargados de garantizar que los CEI estén sometidos a una supervisión adecuada.

Se ha establecido mecanismos para obtener el aporte a la comunidad al sistema de revisión de ética. (38)

4.4. MARCO LEGAL

4.4.1. Código Deontológico de Enfermería

(Ley 911 de 2004). La ley declara los principios y valores de la profesión de enfermería en Colombia, teniendo como objetivo el cuidado. Los principios y valores que fundamentan el ejercicio de la profesión de enfermería son respetando la vida desde la concepción hasta la muerte, dignidad de los seres humanos, derechos, edad, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, sin ninguna discriminación. (39)

También se incluyen diferentes principios éticos que son la Beneficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad.

Conservando la esencia del cuidado de enfermería que es el ser de la profesión. Fundamentado por teoría, tecnología y conocimiento, con un proceso dinámico, participativo identificando prioridades a las necesidades de cada persona y decidir el plan de cuidados, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad e interferir en el tratamiento y rehabilitación. (39)

La enfermería es una disciplina, del ámbito social que tiene como objetivo la persona, familia y comunidad, teniendo en cuenta las características que son sociocultural, necesidades y derechos. La ley definió 4 principios, unidos a los valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y todo aquello que orienta el sistema de salud de Colombia. (39)

4.4.1.1. Individualidad: Se asegura un cuidado de enfermería, teniendo en cuenta las características culturales de las personas, comunidad y familia, comprendiendo las necesidades individuales para realizar un cuidado de enfermería humanizado, respetando la diversidad de creencias, cultura y la dignidad de cada persona, sin ningún tipo de discriminación.

4.4.1.2. Dialogocidad: Fundamenta la relación de enfermero-paciente, familia y comunidad, teniendo como objetivo principal el proceso de enfermería, basado en una comunicación respetuosa y efectiva. Considerando al paciente, la familia y comunidad que expresen con confianza y libertad las necesidades para el cuidado.

4.4.1.3. Calidad: Es la satisfacción de la persona en el cuidado, prestando un servicio eficiente a la persona, familia y comunidad.

4.4.1.4. Continuidad: Orienta las dinámicas de cuidado a la persona, paciente y familia para el cuidado, que no presente interrupción durante los procesos de recuperación de la enfermedad y la continuidad durante todas las etapas de la vida.
(39)

Teniendo como fin dar un cuidado integral, a la persona, familia y comunidad, ayudar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para tener un autocuidado apropiado y así obtener un estado de salud óptimo en cualquier etapa de la vida. (39)

4.4.1.5. Deberes de enfermería:

- Brindar atención de integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de la práctica establecida por la ley.
- Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad a todas las personas, sin ninguna discriminación.
- Orienta su actuación conforme lo establecido por la ley y de acuerdo a los Principios Ético de enfermería.
- Velar porque las Instituciones de salud, presten un servicio, conforme a la planta personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la Ley.
(39)

4.4.1.6. Derechos de enfermería:

- Tener un ambiente de trabajo seguro para su salud física, mental e integral.
- Recibir un trato digno, justo y respetuoso.
- Acceder y recibir oportunidades de progreso profesional y social.
- Ejercer dentro del marco del Código de Ética de Enfermería.
- Proponer innovaciones al sistema de atención de salud y de enfermería.
- Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con funciones de manera segura y eficaz.
- Como profesional universitario y como profesional postgraduado de acuerdo a los títulos que acredite, tiene derecho a ser ubicado en los escalafones correspondientes en el sistema de salud, educación. (39)

4.4.2. Resolución 8430 de 1993:

Establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se crean las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa.

Las instituciones que vayan a realizar las investigaciones deben de tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema. En toda investigación con humanos que sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar.

La investigación se debe ajustar a unos criterios cuando es con seres humanos, ajustando los criterios científicos y éticos que la justifiquen. (40)

- Se fundamentará en la experimentación previa con animales en laboratorios o con otros hechos científicos.

- Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos mínimos, los cuales no deben, contradecir los reglamentos de esta resolución.
- Contará con el consentimiento informado y escrito
- Deberá ser por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integralidad del ser humano, bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las entidades de salud
- Se llevará a cabo cuando el representante legal de la institución de la autorización. (40)

En las investigaciones de los seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto a investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. (40) En la presente investigación, los participantes están expuestos al mínimo riesgo aceptado, dado que no es una investigación experimental por el contrario es un estudio descriptivo transversal.

4.4.3. Código de infancia y adolescencia:

Código de infancia y adolescencia o ley 1098 de 2006, da como finalidad la protección de los niños, niñas y adolescentes, para su desarrollo armonioso con su familia, que sean respetados, amados y comprendidos, resaltando la equidad e igualdad de los derechos humanos, Constitución Política y las leyes. Dicha protección será obligación por la familia, comunidad y el Estado. (41)

Esta ley cobija a todos los niñas, niños y adolescentes; niños de 0 a 12 años y adolescentes de 12 a 18 años, aplica para nacionales y extranjeros que se encuentren en territorio nacional, niños colombianos que se encuentren en el extranjero. (41)

4.5. TEORISTA DE ENFERMERÍA

Hildegard Peplau, nació el 1 de septiembre del 1909 en Reading, Pennsylvania. Trabajo como supervisora de un quirófano en el Hospital de Pottstown, y en 1947 obtuvo la maestría en enfermería psiquiátrica. Fue miembro de Army Nurse Corps retirándose en el año 1974. (42)

Falleció el 17 de marzo de 1990. En su teoría de la “psicodinámica”, Peplau plantea la relación enfermera- paciente, como el pilar fundamental de esta teoría. Es un modelo orientado a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal. (42)

Peplau define la “Enfermería Psicodinámica” como “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia “Se trata de actuar en lugar de la persona o paciente, actuar orientándole, actuar manteniendo y mejorando su estado físico y psíquico, actuar mediante la instrucción, etc. (42)

Plantea en los metaparadigmas de enfermería que:

4.5.1. Enfermería: es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

4.5.2. Personas: son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la “enfermedad”.

4.5.3. Salud: palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria. La relación interpersonal entre enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes

4.5.4. Entornos: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades. (42)

En este modelo las acciones son relajadas tanto por el paciente como por la enfermera a través de la interrelación personal. La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza al máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones. (42)

Peplau en la relación enfermera y paciente describe cuatro fases.

- **Orientación:** En esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.
- **Identificación:** El paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarlo. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades.
- **Explotación:** El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.
- **Resolución:** Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a.

A partir de esta teoría podemos afirmar que de acuerdo a la relación enfermero-paciente que se instaure entre el enfermero o la enfermera y el niño con dolor, se despliegan una serie de actividades que definirán el proceso de atención de enfermería brindado a ese niño.

Por otra parte, esta relación psicodinámica enfermero-paciente permite identificar la percepción que cada profesional tenga a cerca de ese niño que está cruzando por esa experiencia desagradable, ya que en esta teoría planteada por Peplau se debe realizar una evaluación, un autorreconocimiento y a través de este hacer un reconocimiento del paciente en su esencia y en su necesidad.

El realizar el reconocimiento del paciente permite ir más allá de verlo como “un dolor a tratar” y empezar a ver a los pacientes desde un enfoque biopsicosocial, con unas

necesidades que atender y también permite hacer hincapié en la percepción que se tenga de cada uno de ellos.

Gracias a realizar el reconocimiento de sí mismos y del paciente; cada uno desde su propia percepción, los y las enfermeras lograran brindar un cuidado humanizado que priorice en saldar esa necesidad insatisfecha. (42)

5. METODOLOGÍA

En los inicios del siglo XX, de la mano de la antropología cultural primero, y de la sociología después, aparecen las metodologías denominadas cualitativas (algunos autores hablan de metodologías comprensivas o constructivistas) orientadas a la comprensión e interpretación émica de los fenómenos humanos (ciencia ideográfica). (43)

La investigación cualitativa, tiene significados diferentes en cada momento. Una primera definición, aportada por Denzin y Lincoln (1994: 2) destaca que “es multimetódica en el enfoque, implica un informe interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio” Esto significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural. (44)

Las metodologías cualitativas se orientan hacia la comprensión de las situaciones únicas y particulares, se centran en la búsqueda de significado y de sentido que les conceden a los hechos los propios agentes, y en cómo viven y experimentan ciertos fenómenos o experiencias los individuos o los grupos sociales a los que investigamos. Tales planteamientos epistemológicos provienen del campo de la fenomenología y de la hermenéutica. (43)

Es por esto que la metodología cualitativa es la más adecuada para el desarrollo de esta investigación porque esta indaga a cerca del fenómeno del dolor.

5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO:

La presente investigación es de tipo cualitativa de carácter fenomenológico, esta buscó describir que piensan los enfermeros con relación al dolor en pediatría, es decir cuál es su percepción sobre el dolor experimentado y manifestado por niños hospitalizados, siendo estos un grupo poblacional tan vulnerable.

Anteriormente se mencionó que esta investigación tiene un enfoque fenomenológico entendiendo este como: “*La investigación fenomenológica es la*

descripción de los significados vividos, existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos.” (45)

El profesional de enfermería tiene que basar su cuidado en entender lo que la gente siente o piensa cuando está frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana. La fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una circunstancia por el propio protagonista de la experiencia y busca describir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones. (46)

La fenomenología es una disciplina que permite explorar los hábitos, pensamientos, costumbres y sentimientos de las personas sometidas a estudio, este compendio de características da lugar a las experiencias vividas, razón por la cual se determinó realizar este trabajo de investigación bajo la luz del método fenomenológico dado que este provee herramientas para determinar el fenómeno central de esta investigación.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO:

Esta investigación fue realizada por convocatoria abierta (anexo 3) hasta alcanzar saturación teórica, en donde participaron enfermeros de diferentes instituciones de salud, públicas y privadas de distintos niveles de complejidad de la ciudad de Cali, Valle del Cauca. Las áreas de estudio abordadas en esta investigación fueron principalmente: ENFERMERÍA *“profesión de la persona que se encarga del cuidado y la atención de los enfermos bajo criterios clínicos y la prevención de la enfermedad en personas sanas”*. (47) Enfermería por estar directamente relacionada con el cuidado de las personas, tiene como pilar fundamental el manejo del dolor que es una actividad inherente de esta profesión y como segunda área, está **PEDIATRÍA** *“rama de la medicina que se especializa en la salud y las enfermedades de los*

niños. Se centra en los pacientes desde el momento del nacimiento hasta la adolescencia”, (48) en esta área es donde encontramos al niño y su forma de percibir el dolor.

5.3. PARTICIPANTES:

Los participantes de esta investigación fueron enfermeros elegidos por medio de convocatoria abierta (anexo 3), con más de dos años de experiencia laboral en el área de pediatría, de diferentes instituciones de la ciudad de Cali entre tercer y cuarto nivel de complejidad de carácter público y privado. Instituciones como: Fundación Valle del Lili, Clínica Imbanaco, Clínica Club Noel, Hospital Universitario del Valle, Hospital San Juan de Dios y Clínica Farallones.

5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Se escogió por convocatoria un grupo de enfermeros participantes que cumplieron con los siguientes criterios:

5.4.1. Criterios de inclusión:

- Enfermeros con más de 2 años de experiencia laboral en atención de niños.
- Que estén ejerciendo actualmente la profesión en instituciones de salud de Cali.

5.4.2. Criterios de exclusión:

- Enfermeros que hablen un idioma diferente al de los investigadores.
- Enfermeros con dificultades para la comunicación.
- Enfermeros que tengan alteraciones psicológicas o psiquiátricas.

5.5. MUESTREO TEÓRICO:

La muestra se obtuvo a partir de la información brindada por los enfermeros elegidos por convocatoria, hasta que se alcanzó el punto de saturación teórica. Los 12 enfermeros entrevistados decidieron aceptar la convocatoria abierta porque les pareció una investigación de suma importancia para la disciplina de enfermería.

Una de las entrevistas fue descartada dado que el participante carecía de tiempo para continuar una entrevista a profundidad. De esta manera, solo se realizó análisis de 11 entrevistas.

La información se recolectó fundamentalmente a través de entrevistas semiestructurada realizadas a los enfermeros del área de pediatría. La entrevista se realizó por medio escrito y grabación de voz.

Se encuentran diferentes tipos de entrevista, entre ellas es la entrevista semiestructurada; presenta un grado de flexibilidad, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. El tipo de entrevista semiestructurada dado que permitió que los entrevistados expusieran su punto de vista, de manera relativamente abierta.

Para realizar las entrevistas, se contactaron personalmente a los enfermeros por convocatoria abierta (anexo 3), se realizó de manera personal registrando la información en formato de audio y escrita. Antes de iniciar las entrevistas, se hizo entrega del consentimiento informado. Con este tipo de documentos, se garantizó el cumplimiento de los principios éticos de confidencialidad, autonomía y beneficencia en estudios con población humana. (49)

5.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

5.6.1. Recolección de la información: Antes de la recolección de la información se realizó una convocatoria abierta para los enfermeros que

laboran en diferentes servicios de salud en pediatría, seleccionando a los que cumplieron los criterios de inclusión. A los participantes se les dio a conocer previamente el consentimiento informado (Anexo 1) y se concertó una cita para las entrevistas con cada uno de ellos.

Después se continuó con las entrevista, para la cual se estableció un formato de preguntas orientadoras (Anexo 2) que permitió recolectar los datos sociodemográficos y guiar inicialmente al participante a expresar sus conocimientos, sentimientos y creencias acerca del dolor en los niños hospitalizados, además expresar libremente sus ideas acerca del tema.

El contenido de la entrevista se basó en torno a dos ejes temáticos: el manejo del dolor en los niños, y los pensamientos que pueden experimentar los enfermeros a cerca del dolor padecido por los niños. Cada entrevista fue grabada con una duración aproximada de una hora, se tomaron también notas adicionales para mejorar la calidad de los datos recolectados.

5.6.2. Procesamiento de la información: La entrevista se realizó en un lugar privado en donde el entrevistado tuvo la oportunidad de expresar todas sus opiniones acerca del dolor en niños hospitalizados, la valoración, el manejo y lo que se piensa de los niños que lo padecen.

A medida que se fueron entrevistando a los enfermeros se profundizó en sus conocimientos, experiencias y sentimientos acerca del dolor en niños hasta llegar la saturación teórica de la muestra. Posteriormente estas entrevistas fueron transcritas textualmente para garantizar la autenticidad de la información para su posterior organización y análisis. A medida que se fueron revisando las primeras entrevistas se identificó la necesidad de continuar explorando sobre la experiencia del enfermero.

5.6.3. Plan de análisis: El proceso de análisis de datos se realizó con base en la codificación y la categorización de los datos transcritos, para esto tuvo

en cuenta tres momentos: codificación abierta para identificar, nombrar y describir categorías; codificación axial para relacionar categorías y codificación selectiva para completar descripciones y afinar categoría e identificación de la categoría central.

Se trabajó en las siguientes categorías:

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE LA INVESTIGACIÓN	
SUBCATEGORÍA	CATEGORÍA
Definición y creencias sobre el dolor	DOLOR (Código: DL)
Valoración del dolor	
Tratamiento o manejo del dolor	
Dolor en niños	NIÑOS (Código: NÑ)
Niños Recién nacidos	
Niños Lactantes mayores y menores	
Niños preescolares y escolares	
Competencias del ser	CUIDADO DE ENFERMERÍA (Código: C-D-E)
Competencias del saber	
Competencias del hacer (medidas de confort)	
Trato maternal	ENFERMEROS DE CORAZÓN (Código: E-D-C)
Trato suave	
Trato humanizado	

Fuente: Las autoras. 2019.

Estas categorías permitieron sustraer la información brindada por los enfermeros entrevistados y con esa síntesis se logró identificar las características más importantes del fenómeno en estudio.

5.7. RIGOR METODOLÓGICO

Durante el proceso de desarrollo de la metodología se utilizaron los criterios de evaluación de la calidad científica para estudios cualitativos: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad o aplicabilidad. Esta investigación cumple con los criterios anteriormente mencionados.

5.7.1. Credibilidad: La máxima validez de este trabajo de investigación consistió en capturar de manera adecuada y veraz la información y experiencias aportadas por el participante sin que la cultura, creencias y valores de los investigadores interfieran en los resultados del estudio. La información proporcionada por los enfermeros que participaron en la investigación fue considerada valiosa, por lo tanto, se corroboró con las bases teóricas, no se tuvo preferencia por ningún participante en especial, no se exageró la información o vivencias descritas por los participantes. Para garantizar la veracidad de la investigación se hizo uso grabadoras de audio durante el desarrollo de las entrevistas realizadas a los participantes, posteriormente se realizó cuidadosamente las transcripciones textuales de las entrevistas, para que otros investigadores, lectores e interesados tenga la plena seguridad que lo que están leyendo en la investigación es verídico. De esta manera se asegurará la credibilidad de la investigación.

5.7.2. Auditabilidad: Los soportes bibliográficos, teóricos y metodológicos establecidos en este estudio, permitirán a otros investigadores interesados a realizar una revisión meticulosa de las pautas y conclusiones a las que se llegará en esta investigación con el fin de comparar los resultados de este estudio con sus propios resultados, bien sea para establecer similitudes o diferencias entre las dos investigaciones.

5.7.3. Aplicabilidad (Transferibilidad): Se refiere a que el usuario de la investigación determine el grado de similitud entre el contexto del estudio y otros contextos. No se refiere a generalizar los resultados a una población más amplia, ya que ésta no es una finalidad de un estudio cualitativo, sino que parte de ellos o su esencia puedan aplicarse en otros contextos. (50) De esta manera “la percepción de los enfermeros a cerca del dolor en niños hospitalizados” es un trabajo de investigación que puede ser transferidos a otro contexto, de manera que aporte más claridad a los lectores a cerca del fenómeno de la percepción y contribuya al desarrollo de nuevas preguntas de investigación en torno a los ejes temáticos establecidos en esta investigación como son: la percepción, niños y el dolor.

5.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto de investigación tiene un mínimo de riesgo ya que no implica la intervención o manipulación al niño ni a los enfermeros, y fue evaluado por el Comité de Ética de la Universidad Santiago de Cali para su aprobación.

El enfoque estuvo dirigido a los enfermeros y enfermeras que trabajen en áreas de pediatría, que interesados a participar, y por medio de la entrevista se extrajo información acerca de su percepción del dolor en niños; se realizó un primer contacto con el enfermero (a) en sitio tranquilo y cómodo, momento en el cual los investigadores explicaron el objetivo del estudio y en qué consistiría su participación en la investigación, se confirmó que cumplieran con los criterios de inclusión. Los aceptaron participar se le entregó el consentimiento informado para que este lo leyera, aclarara dudas y lo firmara. La información será confidencial y anónima.

No hubo riesgos físicos, sociales ni legales para los (as) participantes. Eventualmente existe la posibilidad de riesgo psicológico, de manera que algunas de las preguntas de las entrevistas pudieron haber generado conmoción, malestar o ansiedad para lo cual la investigadora le explicó a los enfermeros que no tenían

que responder preguntas que le generan estos sentimientos si ellos(as) no lo desean.

Las investigadoras se comprometieron a garantizar la confidencialidad y privacidad de la información sobre los participantes. Para esto, los nombres propios de las personas y lugares serán cambiados, los nombres propios serán conocidos únicamente por los investigadores.

Los participantes que hubieran decidido retirarse del estudio lo habían podido hacer en cualquier momento de la investigación y no tendrían que dar ninguna explicación del motivo por el cual se retira. Esto no afectaría su vida laboral ni personal.

6. RESULTADOS

Posterior a la sistematización y a la codificación de las entrevistas realizadas a los enfermeros, se procedió a la organización de los datos en categorías y subcategorías de los hallazgos más relevantes que se obtuvieron de los diálogos con estos profesionales. Los datos fueron organizados por etapas planteadas durante el desarrollo de la investigación, lo que permitió identificar las diversas percepciones, creencias y conocimientos de los entrevistados, para así plantear una conclusión y recomendaciones frente al estudio realizado.

Por otro lado, se realizaron 11 entrevistas, siendo la última entrevista quien logró la saturación de los datos. A continuación, la primera etapa del análisis.

6.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES:

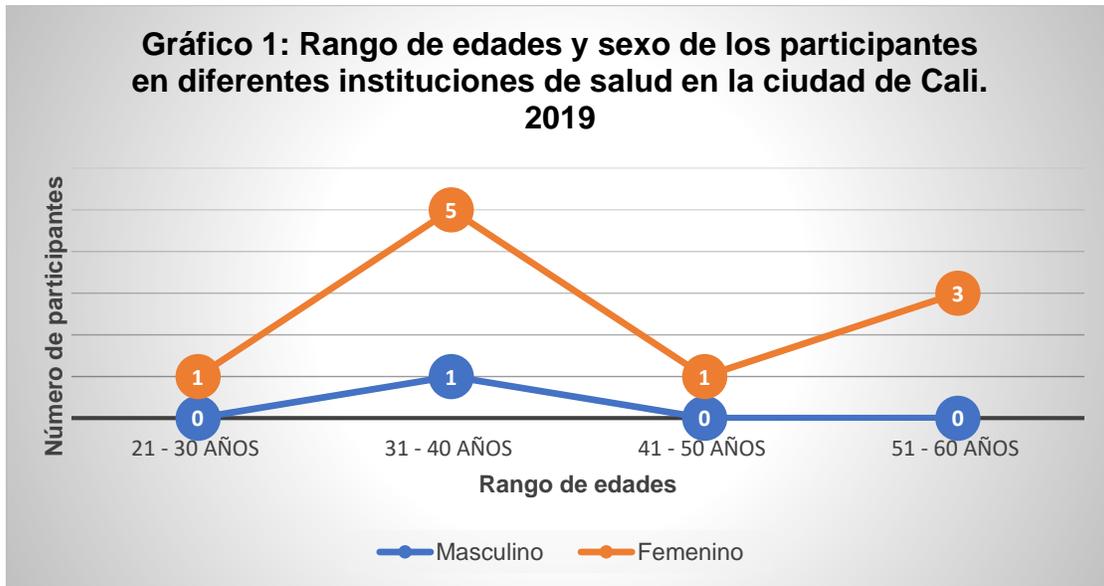
En esta etapa se pretende describir los datos sociodemográficos de los participantes como son: edad, sexo, número de hijos, estudios continuos, años de experiencia laboral en pediatría y nivel de complejidad de la institución donde trabajan, dado que esta información guarda una estrecha relación con los pensamientos y percepción de estos profesionales a cerca del dolor en niños.

TABLA 1. Rango de edades y sexo de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.

Tabla 1: Rango de edades y sexo de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019			
EDAD EN RANGOS	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
21- 30 años	1	0	1
31- 40 años	5	1	6
41- 50 años	1	0	1
51 – 60 años	3	0	3
Total	10	1	11

Fuente: Las autoras. 2019.

GRAFICO 1. Rango de edades y sexo de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.



Fuente: Las autoras. 2019.

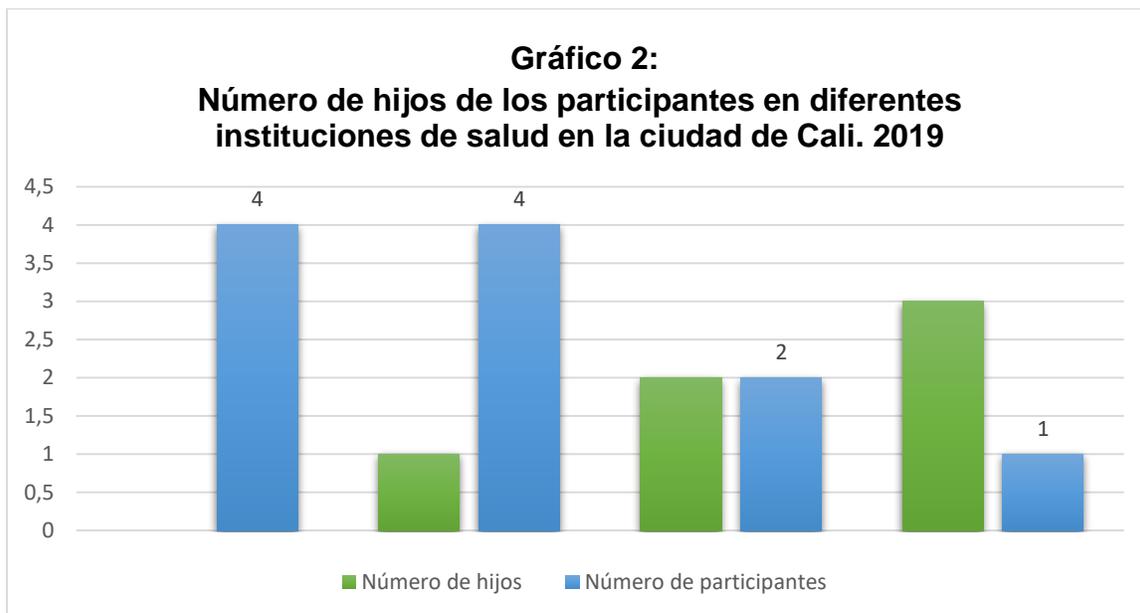
Se puede observar que 6 de los enfermeros entrevistados pertenecen al rango de edad que va de 31 a 40 años, con esto se puede afirmar que las personas que trabajan en el área de pediatría son personas jóvenes. En la investigación se contó con la participación de 1 enfermero de sexo masculino.

TABLA 2. Número de hijos de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.

NÚMERO DE PARTICIPANTES	NÚMERO DE HIJOS
4	0
4	1
2	2
1	3
Total: 11	

Fuente: Las autoras. 2019.

GRAFICO 2. Número de hijos de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.



Fuente: Las autoras. 2019.

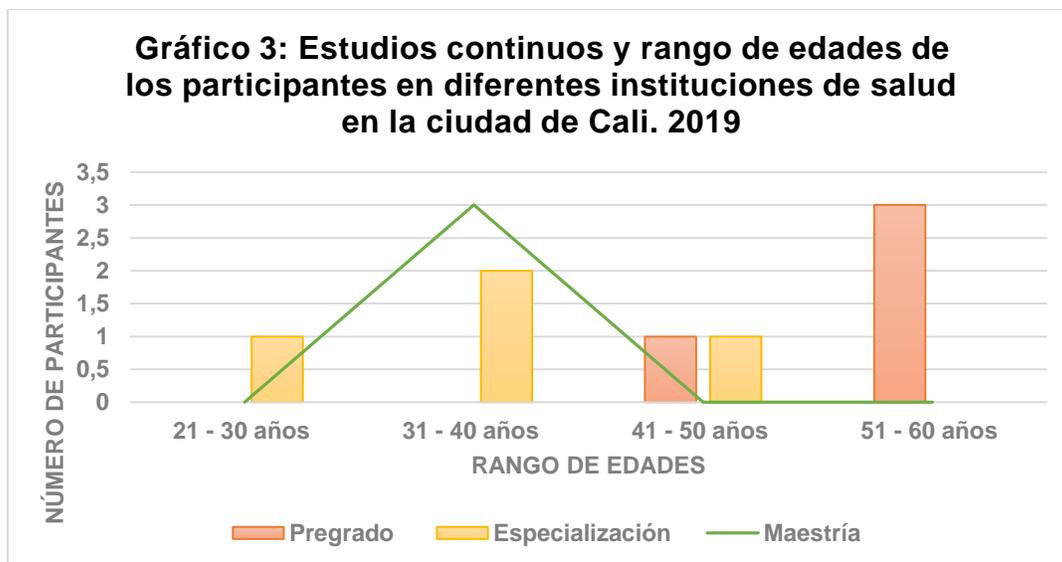
Se determinó que 4 participantes, no tienen hijos y 7 tienen hijos, esto refleja que la mayoría de los participantes han decidido ser padres.

TABLA 3. Estudios continuos y rango de edades de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.

Tabla 3: Estudios continuos y rango de edades de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019				
EDAD EN RANGOS	ESTUDIOS			TOTAL
	Pregrado	Especialización	Maestría	
21- 30 años	0	1	0	1
31- 40 años	0	2	3	5
41- 50 años	1	1	0	2
51 – 60 años	3	0	0	3
Total	4	4	3	11

Fuente: Las autoras. 2019.

GRAFICO 3. Estudios continuos y rango de edades de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.



Fuente: Las autoras. 2019.

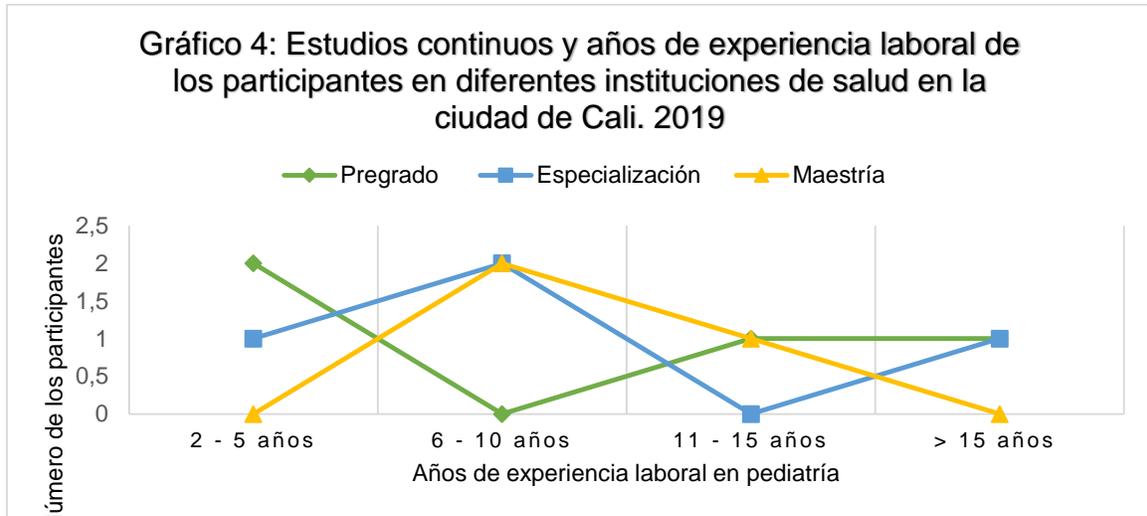
Se encontró que los enfermeros entrevistados están en niveles educativos que van desde su pregrado, especializaciones y maestrías. 3 de los enfermeros participantes que están en rango de edad de 31 – 40 años han realizado maestrías, también 2 de los entrevistados tienen especialización en cuidado crítico pediátrico, lo que reorienta su cuidado de enfermería en pediatría a una mayor complejidad e incrementa su conocimiento sobre el manejo del dolor en niños.

TABLA 4. Participantes según estudios continuos y años de experiencia laboral en el área de pediatría.

EXPERIENCIA LABORAL	ESTUDIOS			TOTAL
	Pregrado	Especialización	Maestría	
0– 5 años	2	1	0	3
6 – 10 años	0	2	2	4
11- 15 años	1	0	1	2
>15 años	1	1	0	2
Total	4	4	3	11

Fuente: Las autoras. 2019.

GRAFICO 4. Estudios continuos y años de experiencia laboral de los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.



Fuente: Las autoras. 2019.

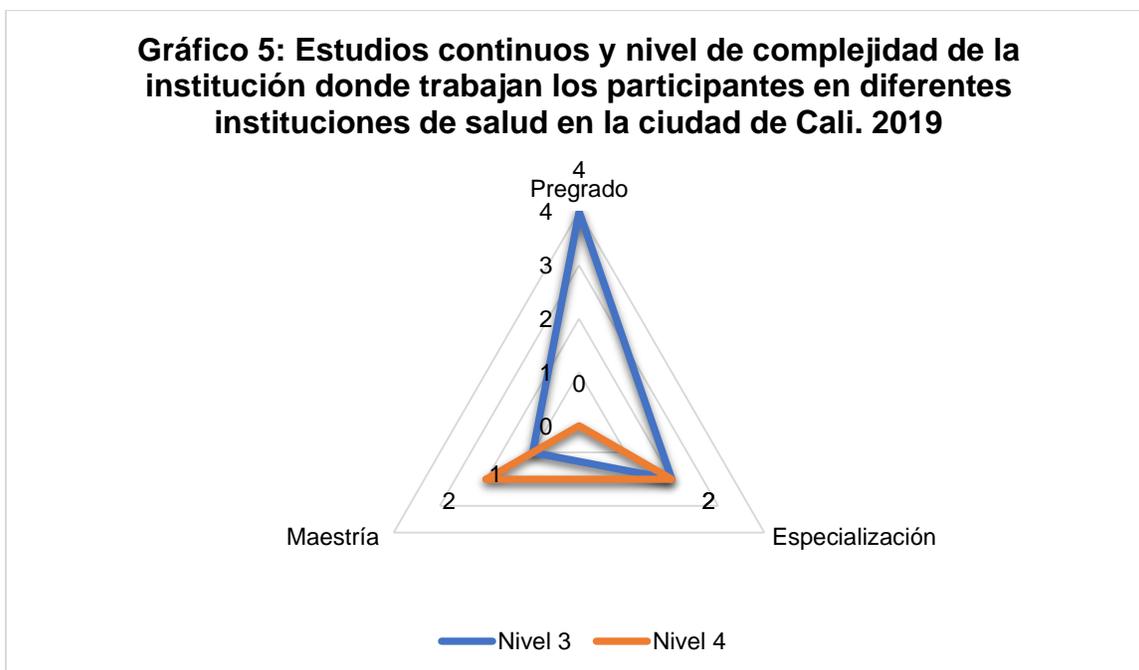
La mayoría de los participantes que equivale a 4 personas, tienen entre 6 y 10 años de experiencia laboral en el área de pediatría. En este rango de años, 2 de esos 4 participantes tienen especialización y 2 maestrías. De los participantes con más de 15 años de experiencia laboral, 1 cuenta con especialización. 3 de los participantes que están en el rango de 2 a 5 años, hay 2 con pregrado y 1 con especialización. Dentro de los criterios de selección que se determinaron en la investigación fue que los enfermeros que participaran en el estudio deberían tener más de 2 años de experiencia laboral en esta área, dado que el tener menos tiempo del estipulado le limitaría al entrevistado brindar información basada en la experticia que se haya adquirido en los años.

TABLA 5. Participantes según estudios continuos y nivel de complejidad de la institución donde trabajan.

Tabla 5: Estudios continuos y nivel de complejidad de la institución donde trabajan los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019				
NIVEL DE COMPLEJIDAD	ESTUDIOS			TOTAL
	Pregrado	Especialización	Maestría	
Nivel 3	4	2	1	7
Nivel 4	0	2	2	4
Total	4	4	3	11

Fuente: Las autoras. 2019.

GRAFICO 5. Estudios continuos y nivel de complejidad de la institución donde trabajan los participantes en diferentes instituciones de salud en la ciudad de Cali. 2019.



Fuente: Las autoras. 2019.

De los participantes, 7 pertenecen a un nivel de complejidad 3, estos se distribuye de la siguiente manera: 4 de esos participantes tienen pregrado, 2 tienen postgrado y 1 tiene maestría. 4 de los participantes pertenecen a instituciones de nivel de complejidad 4, de estos 2 tienen especialización y 2 tienen maestría.

TABLA 6. Resumen de la caracterización sociodemográfica de los participantes.

RESUMEN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES											
	E. N° 1	E. N° 2	E. N° 3	E. N° 4	E. N° 5	E. N° 6	E. N° 7	E. N° 8	E. N° 9	E. N° 10	E. N° 11
Rango de edad	31 - 40 años	31 - 40 años	31 - 40 años	31 - 40 años	21 - 30 años	41 - 50 años	51 - 60 años	51 - 60 años	51 - 60 años	31 - 40 años	41 - 50 años
Sexo	F	M	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Lugar de Residencia	Jamundí (Valle)	Cali	Cali	Cali	Cali	Cali	Cali	Cali	Cali	Cali	Cali
Estado civil	Soltera	Casado	Casada	Casada	Soltera	Soltera	Casada	Casada	Soltera	Soltera	Casada
Número de Hijos	1	1	0	1	0	2	2	0	1	0	3
Nivel estudios	M	M	M	E	E	P	P	P	P	E	E
Años de experiencia	De 11 a 15 años	De 6 a 10 años	De 6 a 10 años	De 6 a 10 años	De 2 a 5 años	De 2 a 5 años	De 2 a 5 años	De 11 a 15 años	Más de 15 años	De 6 a 10 años	Más de 15 años
Institución de trabajo	Fundación Valle del Lili	Clínica Farallones	Centro Médico Imbanaco	Centro Médico Imbanaco	Centro Médico Imbanaco	H.U.V	H.U.V	Hospital San Juan de Dios	Hospital San Juan de Dios	Fundación Clínica Club Noel	H.U.V
Nivel de Complejidad	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3
Tipo de institución	Privado	Privado	Privado	Privado	Privado	Público	Público	Mixto	Mixto	Privado	Público
I.E.S	Usc	Cauca	Univalle	Andina	Univalle	Usc	Caldas	Cartagena	Cauca	Andina	Caldas

M: Maestría P: Pregrado E: Especialización (Estudios Continuos)

Fuente: Las autoras. 2019.

6.2. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS:

El propósito de esta etapa de los resultados es describir las categorías y subcategorías halladas, definir las y analizar las características de este fenómeno por medio de estas categorías planteadas. Por otro lado, al realizar la descripción, codificación y análisis de los datos obtenidos en las entrevistas realizadas, se logró crear 4 categorías que son: Dolor, Niños, enfermeros de corazón y Cuidado de enfermería.

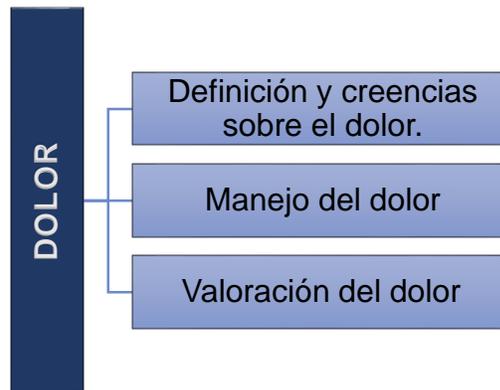
TABLA 7. Categorías y subcategorías de la investigación.

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE LA INVESTIGACIÓN		
SUBCATEGORÍA	CATEGORÍA	FENÓMENO CENTRAL
Definición y creencias sobre el dolor	DOLOR (Código: DL)	EXPERIENCIA ÚNICA
Valoración del dolor		
Tratamiento o manejo del dolor		
Dolor en niños	NIÑOS (Código: NÑ)	
Niños Recién nacidos		
Niños Lactantes mayores y menores		
Niños preescolares y escolares		
Competencias del ser	CUIDADO DE ENFERMERÍA (Código: C-D-E)	
Competencias del saber		
Competencias del hacer (medidas de confort)		
Trato maternal	ENFERMEROS DE CORAZÓN (Código: E-D-C)	
Trato suave		
Trato humanizado		

Fuente: Las autoras. 2019.

6.2.1. Dolor: En esta categoría se describen los conocimientos de los participantes sobre el dolor en términos generales. Cada participante definió el dolor, determinaron la valoración del dolor, que incluye las escalas que conocen, las escalas que utilizan en sitio de trabajo y el manejo o tratamiento farmacológico del dolor.

Esquema 1. Dolor.



Fuente: Las autoras. 2019.

Se encontró que la mayoría de los entrevistados tenían claro el concepto de dolor y sus características, también es importante su manejo y que para ello estos entrevistados hacen uso de métodos de valoración que les permitan identificar su localización e intensidad. Manifestaron que el no manejar el dolor de manera adecuada puede ser perjudicial para la salud psicológica y mental de los niños que son sometidos a largo periodos de dolor.

“A futuro va a ser un problema, porque al niño que no le manejamos bien el dolor, sobre todo los prematuros, ellos se quedan con esa sensación y para ellos va a ser una sensación placentera, esto hace que caigan en un riesgo. Son niños que pueden ser fácilmente manipulables, les dan golpes y para ellos es normal, pueden abusar de ellos sexualmente,

no le da idea en la cabeza que eso no se puede hacer, entonces nosotros empezamos a trabajar desde muy temprano en esa conducta de no generar dolor” (Entrevista # 2)

Por otra parte, algunos de los participantes consideran que el dolor es un signo vital, dado a la relevancia clínica que tiene este en el equilibrio homeostático del paciente. Esto hace que algunos de los participantes se interesen sobre manera por solucionar rápidamente esa manifestación de dolor que padece el infante.

“Yo pienso que el dolor es un signo vital, porque te da un desequilibrio en todas las áreas, no vas a lograr estabilidad, entonces te va a producir ansiedad, vas a perder el nivel de atención. El dolor te puede alterar los signos vitales como la tensión arterial y la frecuencia cardíaca” (Entrevistado # 6)

“somos muy sensibles al dolor de los niños, porque a ellos les afecta mucho más que a los adultos” (Entrevistado # 7)

6.2.1.1. Valoración del dolor. Para esta subcategoría se encontró que 6 de los participantes usan métodos y escalas frecuentemente utilizadas en la práctica clínica, como son las escalas de: CRIES, NIPS, FLACC, EVA y 5 de los participantes manifestaron que no conocían escalas para el manejo del dolor en niños, esto indicó que no había un manejo del dolor apropiado. El desconocimiento de métodos de valoración implica una serie de eventos que va sujetos unos de otros. Sí en el cuidado de enfermería no se valora adecuadamente el dolor su manejo o tratamiento puede ser errado. Se conoce que no siempre que un infante llora es por estar sintiendo dolor. Sí este llanto es mal interpretado y se maneja como si fuese dolor, se está cometiendo una

falla en ese proceso terapéutico que podría tener repercusiones en la salud del niño.

“Yo trabajo con recién nacidos, a mí los recién nacidos no me puede decir escala de dolor, yo me basaría al diferente tipo de llanto, para un recién nacido” (Entrevistado #11)

“Para la valoración del dolor, acá tenemos la escala de EVA, NIPS” (Entrevistado # 4)

“Nosotros tenemos una escala de CRIES. Ella evalúa 5 parámetros que están determinados; donde el dolor máximo es 10 y se evalúa de 0 a 2 cada parámetro” (Entrevistado # 1)

Se identificó que los participantes que no conocen escalas para la valoración del dolor trabajan de una forma empírica, con lo que observa.

6.2.1.2. Tratamiento y manejo del dolor: en el análisis realizado a las entrevistas, se halló que hay dos tipos de tratamientos para el manejo del dolor; el tratamiento farmacológico y el tratamiento no farmacológico. En cuanto al tratamiento farmacológico se encontró el uso de diversos grupos de analgésicos, pero los más frecuentes fueron los opioides como: MORFINA encabezando la lista, FENTANIL y TRAMADOL, estos por su potencia y efectividad. Por otro lado, se encontró que se usa con frecuencia el ACETAMINOFÉN, como único analgésico.

“Para el dolor en mi sala se usa: morfina, fentanil, acetaminofén, tramadol e hidromorfona” (Entrevistado # 3)

“El dolor se maneja con acetaminofén, fentanil, midazolam y morfina” (Entrevistado #4)

“En mi sala manejamos el dolor exclusivamente con acetaminofén en gotas o jarabe”

(Entrevistado # 8)

“En recién nacidos: morfina solamente, en pediatría midazolam con fentanil”

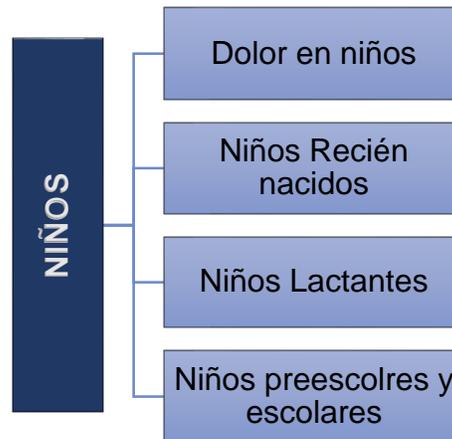
(Entrevistado # 11)

Se determinó también que el uso inadecuado y los largos periodos de manejo terapéutico con los analgésicos opioides, puede causar dependencia al medicamento. Esto se ve muy frecuentemente en los niños con cáncer, porque en algunos casos los dolores padecidos son muy intensos.

“Por ejemplo, una experiencia que me pasaba es que uno los ve tranquilos en el cubículo, no lloran, no dicen nada y están viendo televisión, esta solito y tu entraste y abriste la puerta del cubículo y de una te dicen: ¡me duele, me duele! Entonces uno les dice -pero estabas tranquilo- - ¡NO! Colócame ya el medicamento, colócalo, colócalo- Entonces a veces para no generar más dependencia uno optaba por poner un placebo, como solución salina, porque ya le acabe de poner la hidromorfona y le ponías la salina y de una el niño decía, -me estas colocando salina, no me estas colocando el medicamento-“

6.2.2. Niños: En esta categoría los participantes definieron lo que representa ser niño, y como se manifiesta el dolor y sus características en este ciclo vital, teniendo en cuenta las diferentes etapas de la niñez.

Esquema 2. Niños.



Fuente: Las autoras. 2019.

Para los enfermeros participantes de la investigación, los niños son seres humanos que por sus características particulares que los hace más susceptibles, son de extremo cuidado y de un manejo delicado. Se identificó también que, a menor edad del niño, mayor es su cuidado y la atención, es decir, son inversamente proporcionales. Razón por la cual muchos de los entrevistados evitan trabajar en la sala de recién nacidos, porque en esta etapa del ciclo vital es mucho más complejo interpretar y manejar el dolor. Caso contrario el de algunos participantes que sí anhelan el trabajo con los neonatos, justificando que los pediátricos que comprende preescolares y escolares, perciben de manera distinta esta sensación del dolor, o pueden manifestar llanto por otra razón ajena al dolor, como es la ausencia de los padres, o el permanecer en un lugar extraño, desconocido para ellos.

“Lo que pasa es que con los niños es más difícil, porque entre más pequeñitos no nos van a decir si es dolor o no es dolor, solamente es ir a observarlos, mirarles la sensación de disconfort que tienen en el momento, entonces por esa parte si sería más difícil de manejar.

El paciente pediátrico no le miente a uno, cuando un niño te dice: “me duele” es porque de verdad le duele” (Entrevistado #10)

“El niño llora porque necesita el acompañamiento, estar en su hogar, no tener a sus seres queridos, los neonatos son otro mundo, no son fáciles de manejar” (Entrevistado #4)

6.2.3. Cuidado de enfermería: En esta categoría se determinaron algunas características que deberían poseer los enfermeros que trabajen en el área de pediatría y de esta manera puedan brindar un cuidado holístico e integral a estos pacientes. Dentro de las características encontramos: competencias del ser, del saber y del saber hacer. Estas tres competencias permitan que el enfermero facilite un cuidado pleno a estos niños.

Esquema 3. Cuidado de enfermería.



Fuente: Las autoras. 2019.

Dentro de las competencias del SER se identificó, que los profesionales deben tener una ética profesional que le permita desarrollar su trabajo correctamente, moralmente hablando. Debe tener una comunicación asertiva con el sujeto, objeto del cuidado que este caso es el niño y su familia. También debe ser un enfermero con capacidad de tomar decisiones acertadas, con autonomía y liderazgo. Con relación a las competencias del SABER, el enfermero debe tener unos conocimientos básicos a cerca del dolor, su valoración, características y manejo, también debe analizar e interpretar ciertas conductas que presenten los infantes

que padecen dolor. Dentro de las competencias del SABER HACER, el enfermero debe estar en las condiciones de desarrollar adecuadamente los procesos asistenciales que demanda el cuidado de enfermería.

Dentro de las entrevistas realizadas se encontró que:

“En los grandecitos primero yo les explico que es lo que voy a hacer y le digo que sí le va a dolor obviamente” Comunicación asertiva. Competencias el ser (Entrevistado #7)

“El llanto, a veces es un signo de dolor entonces yo tengo que averiguar cuál es la causa, enseguida voy y reviso por que llora si es que tiene algo que le está tallando que le está molestando” Análisis e interpretación. Competencias del saber (Entrevistado #8)

¿Conoce usted escalas para valoración del dolor en niños? “No conozco, pero yo sé que por clínica un niño, generalmente se pone irritable, llora y agarra a la mamá” Desconocimiento de las escalas, aprendizaje empírico. (Entrevistado #7)

“Intervenciones como las medidas de confort, bañar al niño, cambiarle el pañal, cambiarlo de posición, acobijarlo, favorecer la termorregulación, etc.” Competencias del saber-hacer (Entrevistado #5).

“Para el manejo del dolor en niños se debe tener un cuidado sigiloso, me toca verificar otras cosas; por ejemplo: como están sus signos vitales, como están sus exámenes, como está la perfusión de ese paciente”. (Entrevistado # 4).

6.2.4. Enfermeros de corazón: En esta categoría se identificaron algunas peculiaridades que poseen los enfermeros que trabajan en el área de pediatría, estas características le otorgan un plus al acto del cuidado pediátrico. Esta categoría tiene un valor importante para las investigadoras, dado que, los entrevistados coincidieron con las cualidades que debe tener un enfermero para laborar con niños, porque

los niños son seres muy vulnerables. La frase “Enfermeros de corazón” sugiere que las personas que trabajen en el área de pediatría deben hacerlo por convicción propia y deben ser aprehensivos a las conductas infantiles.

Esquema 4. Enfermeros de corazón.



Fuente: Las autoras. 2019.

Cuando se hace referencia a un trato maternal, esto alude a los atributos de una madre como son; paciencia, comprensión y amor. Por otra parte, un trato suave se refiere a asistir de forma delicada y tierna a los niños sujetos de cuidado. Y por último, el trato humanizado requiere de enfermeros que se conduzcan del padecimiento de un niño que presenta un dolor, que sientan ese dolor como suyo y además que gestionen alternativas para sanar esa afección.

De esta manera:

“De por si uno con los niños se tiene que hacer las cosas de corazón, porque el que no habla pobrecito de él si usted lo toca con las manos contaminadas y el daño que le va a generar a ese recién nacido” “Con el niño y con el recién nacido, con los niños en general, hay que tratar de hacer las cosas como enfermero de corazón y esto más que profesión, a uno le tiene que gustar los niños” (Entrevistado #1)

“Debe ser muy sensible, tener mucho sentido de observación, ser muy paciente y muy cariñoso. Yo creo que eso va como en la parte de la humanización del servicio, aunque debería ser igual en todo, pero como los niños son más pequeñitos y demandan más cariño”

(Entrevistado # 10)

“Los niños necesitan un manejo maternal, suave, tranquilo y amoroso, es ahí en medio de esos manejos es donde nosotros integramos a los padres” (Entrevistado # 2)

“yo creo que todas las personas con las que yo trabajo son muy humanas y si obviamente hay que serlo y hay que ponerse en los zapatos del niño” (Entrevistado # 5)

7. DISCUSIÓN

Con relación a los resultados hallados en la investigación, se determinó que la percepción de los enfermeros entrevistados sobre el dolor en niños hospitalizados conserva una estrecha relación con las categorías que se determinaron a partir de la información obtenida de los participantes. Los resultados hallados en este estudio dieron respuesta a la pregunta de investigación planteada, (**¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS(A) SOBRE EL DOLOR EN NIÑOS HOSPITALIZADOS, EN LA CIUDAD DE CALI 2019?**) Dado que se pudo describir claramente la percepción de estos enfermeros y además de eso se encontraron otros hallazgos o factores influyentes al inicio de la investigación, que inicialmente no estaban relacionadas directamente con este estudio, esto reorientó el curso de la investigación.

A continuación, se discutirá sobre ellas.

Los participantes de esta investigación fueron seleccionados por convocatoria abierta hasta que se logró la saturación teórica de los datos, siendo estos participantes una representación de las diferentes instituciones de salud de la ciudad de Cali, Valle del Cauca.

Al realizar el análisis de la categoría “*DOLOR*” y “*CUIDADO DE ENFERMERIA*”, se determinó que los enfermeros entrevistados definieron el dolor como una sensación negativa en el cuerpo, se identificó que estos profesionales son conscientes que el niño en cualquier etapa vital puede padecer algún tipo de dolor y por ello 5 de los enfermeros manifestaron que lo manejan antes de realizar cualquier intervención que pueda generar algún grado de dolor, como profilaxis para evitar esta sensación desagradable. Ahora bien, dependiendo de los protocolos de la institución se determina el tratamiento medicamentoso para el manejo del dolor en niños. Si por el contrario lo que el niño manifiesta no es dolor, 10 de estos enfermeros brindan

cuidados como son las medidas de confort que incluyen: baños, masajes, alimentación, cambios de posición, succión no nutritiva, termorregulación, entre otros. Estos cuidados que brindan los enfermeros hacen referencia a la subcategoría de competencias del saber hacer, inmersa en la categoría de *“CUIDADOS DE ENFERMERIA”*.

Luego, a la luz de la interpretación de las entrevistas, se reflejó que dependiendo de la institución y nivel de complejidad así el enfermero determina y toma decisiones sobre el manejo del dolor de los niños. Se encontró que 5 de los enfermeros entrevistados dependen de las decisiones que tome el médico, reflejando limitantes en el liderazgo y debilidades en la autonomía de estos profesionales. Esta debilidad en la autonomía impide que el enfermero realice sus labores por convicción propia; situación que se puede atribuir en diversas ocasiones al déficit de conocimiento de estos profesionales; conocimientos en torno a los métodos de valoración del dolor (escalas) y manejo farmacológico.

La carencia de conocimiento resta seguridad a la hora de tomar decisiones. Por otro lado, esta situación se le puede otorgar a características de la personalidad de esos enfermeros; por ejemplo: la subordinación y sumisión. Pese a estas causas encontradas; queda la incógnita en las investigadoras si los enfermeros no son autónomos ni líderes por carencia de conocimientos; o porque las condiciones tecnológicas, científicas y laborales de la institución impiden que estos enfermeros tomen decisiones.

Las instituciones educativas de pregrado en enfermería juegan un papel muy importante en la formación de las competencias del ser y del saber de los estudiantes, por ende, surge diversas preguntas. Por ejemplo: ¿las instituciones educativas están realizando correctamente su labor de enseñanza? O por el contrario ¿Los enfermeros egresados continúan capacitándose? Como aseguro el autor Urquiza (2014) *“Una de las obligaciones del profesional de enfermería es estar actualizados y de allí, puede hacer uso de los resultados de la investigación en la*

práctica diaria y mejorar la calidad de la atención en salud” (51) Encontramos que 4 de los enfermeros entrevistados solo cuentan con estudios de pregrado. Esto puede estar atribuido a diversas causas como: condiciones económicas no favorables, cambios en las prioridades como la familia, tiempo y trabajo, que impiden que estos profesionales continúen capacitándose.

Son muchos los factores que intervienen en los limitantes del liderazgo y debilidades en la autonomía de estos enfermos, razón por la cual no se pudo determinar una causa específica. El autor Tapp (2009) definió que la autonomía en la práctica clínica ha sido vista como una señal importante, como *“La enfermería es una profesión notable, en su derecho propio”*. (52)

Los autores Kramer y Scmalenberg (1999), define la autonomía como *“Una libertad para actuar en lo que se sabe”* (53), es decir en el caso de los participantes que se evidenció una notoria debilidad en su autonomía que equivale a 5 de los entrevistados. Esa carencia de saber los limita para actuar ante el manejo del dolor en los niños.

Tapp argumentó que en los profesionales es importante ejercer la práctica con base en la autonomía, pero muchas veces esta autonomía la desconocen otros profesionales de salud y hacen que el saber de enfermería se esté perdiendo o no sea valorado (52), esto significa que otros profesionales de salud como el médico o las mismas Instituciones de salud donde laboran los participantes, puede ser que no permitan que el enfermero o en este caso los participantes sean autónomos con las decisiones o cuidado que ellos brindan.

La autonomía no solo es la práctica del ejercicio independiente, sino la aplicación de un juicio crítico basados en unos conocimientos, que establece el enfermero al actuar, su propio ejercicio y la autoridad y responsabilidad sobre las propias decisiones, esto quiere decir que el juicio crítico de los enfermeros son basados en conocimientos, de allí el enfermero puede brindar un cuidado basado en evidencia,

es decir el enfermero para llegar hacer autónomo y líder, debe ser un enfermero de investigación (54)

Esta problemática de los limitantes en el liderazgo y debilidades en la autonomía en los enfermeros participantes, son hallazgos que resultaron del análisis de las entrevistas y que las investigadoras no tenían previsto encontrar. De esta manera se agrupó en la subcategoría de “*Competencias del ser*” que se desprenden de la categoría de “*CUIDADO DE ENFERMERÍA*”

Se encontró que tener estudios continuos amplia significativamente el panorama acerca del dolor en niños. Cuando se habla de estudios continuos se hace referencia a especializaciones, maestrías y doctorados. En gran medida cursar estos estudios capacita a los profesionales en determinadas áreas, en esta investigación se encontró que 2 de los entrevistados tienen especialización en cuidado crítico pediátrico dándole a estos profesionales más bases teóricas, lo que reorienta su cuidado de enfermería. De acuerdo con los resultados, esto quiere decir que contar con estudios continuos permite tener una visión más amplia en la identificación, clasificación y el buen manejo del dolor en los niños que lo padecen. De ahí que se obtuvieron mejores sustentos teóricos en las respuestas de las entrevistas aplicadas a enfermeros que cuentan con estudios continuos.

Gracias a las respuestas obtenidas de los enfermeros, se observó que el nivel de complejidad de la institución en donde se ejerce las labores de cuidado no influye directamente en la percepción de los enfermeros sobre el dolor en niño. A pesar de esto, el nivel de complejidad de una institución afecta la forma como se brinde el cuidado de enfermería, dado a las condiciones tecnológicas y científicas que puedan existir de un nivel al otro. Estas diferencias hacen que la calidad del cuidado, en específico en el manejo del dolor en niños se vea perjudicado. Por consiguiente, el entorno y el medio ambiente con el que interactúen diariamente estos enfermeros para el desarrollo de su labor también interviene en la manera como realicen sus actividades de manejo del dolor en los niños.

Esto se pudo evidenciar al comparar algunas entrevistas en donde 7 participantes eran de instituciones de nivel 3 de complejidad y 4 participantes eran de instituciones de nivel 4 de diferentes instituciones de carácter público y privado con diferentes condiciones laborales y medioambientales.

En la categoría “*NIÑOS*” se observó que 5 de los enfermeros trabajan en el servicio de neonatología que comprende niños recién nacidos y lactantes menores. Y 6 enfermeros trabajan en el servicio de pediatría que comprende lactantes mayores, preescolares y escolares. Estos manifestaron que el manejo del dolor de los niños es diferente al de los adultos, dado que, los niños tienen características propias de su ciclo vital que hacen que el manejo del dolor en ellos sea único. La percepción de los enfermeros acerca del dolor en niños cambia dependiendo de la etapa vital en la que se encuentre el niño. El manejo del dolor, la forma de percibirlo y valorarlo no es igual en recién nacidos, neonatos o niños escolares y preescolares porque estos son capaces de describir algunos aspectos de la localización, intensidad y calidad del dolor, por el contrario los niños recién nacidos y lactantes menores solo atienden a estímulos. Por esta razón dentro de la categoría de “*NIÑOS*” se determinó que el dolor en niños es un fenómeno de especial manejo, que requiere de un cuidado mucho mayor.

Y esto hace que los enfermeros que trabajan en el área de pediatría deben tener unas características específicas que les permitan entender las afecciones que le aquejan a este grupo poblacional que son los niños. Todos los entrevistados aportaron que para ser enfermeros y manejar a los niños se debe hacer por amor, de corazón y por convicción. Particularidades que se mencionaron en la categoría de “*ENFERMEROS DE CORAZÓN*” Dentro de esta categoría se plantearon subcategorías como: “*Trato maternal, humanizado, y suave*”

El autor Martínez (1993) afirma que: “*el profesionalismo es caracterizado por el grado de dedicación mostrada por los individuos en cuanto a los valores y los atributos conductuales*”, es decir el autor hace referencia a dos criterios específicos

para el profesional de enfermería como son los valores y la conducta que estos dos van en las competencias del ser y el enfermero también actúa dependiendo del grado del conocimiento. (55)

En esta investigación se tuvo la participación de 1 enfermero de género masculino donde claramente se observa que la muestra es mayoritariamente enfermeros de género femenino. El cuidado de enfermería milenariamente ha sido atribuido a las mujeres, más aun tratándose del cuidado de niños. Como argumenta Hinojoza S. *“Se le han atribuido a la mujer por una serie de cualidades inherentes a su personalidad y condición, como por ejemplo la paciencia, comprensión, amor, obediencia y dedicaciones”* (51) Sin embargo, como se presentó una saturación rápida de los datos no respondieron rápidamente a la convocatoria más enfermeros de género masculino.

Pero a medida que pasó el tiempo, el género masculino fue teniendo mayor participación en este cuidado, hasta ir rompiendo los imaginarios culturales que se tenía de que los hombres eran muy toscos y torpes, estas razones los mantenía al margen del cuidado de enfermería aplicado a niños. Afirma Hinojoza S. *“Con el paso del tiempo, se observa que el número de hombres en la profesión aumenta, debido a su vocación natural y las buenas proyecciones laborales que ésta les ofrece, ya que pese a ser una profesión denominada como femenina, los enfermeros varones tienen unas posiciones profesionales más favorables respecto a las mujeres”* (51)

Ahora bien, observando desde otra óptica: La percepción que se tiene sobre el dolor en los niños se ve influenciado por la experiencia de ser padres o madres, dado que tener dicha experiencia amplia un poco más el conocimiento que se tiene del manejo de los niños, y permite dilucidar mejor lo que le está ocurriendo al niño. Esto alude a la subcategoría de *“Trato maternal”* que pertenece a la categoría de **“ENFERMEROS DE CORAZÓN”**

De los enfermeros, 9 manifestaron que el tener hijos influye en la forma como estos profesionales brindan el cuidado a los niños y la forma de percibir su dolor, sin

embargo, no quiere decir que los enfermeros que no tienen hijos están deshumanizados ante el dolor padecido por los infantes, simplemente que esa experiencia maternal permite desarrollar otras habilidades que facilitan el manejo en pediatría. Es decir que los enfermeros que trabajan en el área de pediatría que no han tendido la experiencia de ser padres no son menos perceptibles a las características de un niño que padece dolor si no que están menos expertos en cuanto a maternidad y paternidad se refiere. Dice una entrevistada:

“Creo que la percepción cambia. Uno ve las compañeras que tienen hijos, a veces reflejan sus hijos en los niños que tienen allí hospitalizados, entonces el desespero de ellas es calmar el dolor, porque se ponen en el lugar de la mamá o el papá que ven llorar ese niño”

(Entrevistado # 3)

“No quiere decir que mis compañeras por ser madres hagan mejor el trabajo que yo que no tengo hijos, yo lo que veo es que se comunican muchísimo mejor con la familia y tratan de dar consejos, cosas que ellas manejan con sus experiencias, con sus propios hijos”

(Entrevistado # 5)

Hildegard Peplau en su libro: *Interpersonal Relations in Nursing* que traduce: Relaciones Interpersonales en Enfermería, describió la importancia de la relación enfermera-paciente como un «proceso interpersonal significativo terapéutico» y muchos lo consideran el primer tratado de teorías en enfermería desde el trabajo de Nightingale en la década de 1850. Idéntico las cuatro fases siguientes de la relación enfermera-paciente: orientación, identificación, explotación y resolución. Estas permiten que la enfermera y el paciente aprendan a trabajar cooperativamente para resolver dificultades. (56) Cuando se hace referencia al manejo del dolor en los niños, es indispensable que el enfermero o enfermera identifique las necesidades de salud que requieren ser atendidas en el niño, por ello

es vital que exista una adecuada relación entre el niño, los padres de este y la enfermera(o) ya que esta facilita un adecuado manejo y tratamiento del niño.

En la fase de la orientación Peplau afirma que: “*se describe la existencia de una "necesidad sentida"; Ha surgido un problema de salud y es más o menos claro para el individuo*”. (56) En relación con los niños, no todos tienen la capacidad lingüística para expresar cuando están padeciendo un dolor. Los niños escolares y preescolares ya tienen un nivel académico que les permite expresar sus sentimientos y emociones. El desafío de los enfermeros que trabajan en el área de pediatría es identificar la sensación de dolor, o malestar que pueda presentar los niños recién nacidos, ya que estos no tienen la capacidad de manifestar de forma verbal lo que les está ocurriendo.

Identificación: en esta fase el paciente se identifica con la enfermera que le brinda ayuda y establece una relación. (56) En esta investigación se encontró que los niños que padecen algún tipo de dolor y que están bajo el cuidado de enfermería tienen una relación estrecha con estos enfermeros, dado que son ellos quienes brindan un alivio a ese padecimiento.

Explotación: La enfermera ya logró la confianza del paciente, y este aprovecha y extrae el mayor beneficio que el enfermero(a) le pueda brindar. Y por último la fase de resolución: se caracteriza porque el paciente se ya es independiente, autónomo y ha logrado superar su problema de salud. (56) Los enfermeros del área de pediatría en cuanto logren manejar el dolor del niño y producirle alivio se estará aplicando esta última fase plantea por Peplau.

Se encontró que la relación enfermero-paciente que plantea Peplau, describe el vínculo que deben crear los enfermos que trabajen en pediatría, dado que, el cuidado que requieren los niños debe ser un cuidado holístico es integral.

GRAFICO 6. Modelo explicativo de las categorías y el fenómeno central



Fuente: Las autoras 2019.

En este modelo explicativo podemos observar como las subcategorías van alimentando las categorías que fuimos encontrando a lo largo de la investigación, viendo cómo se relacionan y nos llevan a una experiencia única, siendo esta el fenómeno central.

Las subcategorías se representaron en círculos de colores y en el embudo las categorías. En los círculos de color azul, se puede apreciar las subcategorías de: dolor en niños, niños en rangos de edades, que pertenece a la categoría de NIÑOS.

En los círculos de color verde, se observan las subcategorías de: definición y creencias sobre el dolor, valoración y manejo del dolor, que pertenece a la categoría de DOLOR. En los círculos de color rojo se encuentran las subcategorías de: trato humanizado, trato maternal y suave, estas pertenecen a la categoría de ENFERMEROS DE CORAZÓN. En los círculos de color amarillo se pueden ver las subcategorías de: Competencias del ser, del saber y del saber hacer, que pertenecen a la categoría de CUIDADO DE ENFERMERÍA. Al finalizar el embudo, todas estas categorías y subcategorías proporcionan como resultado final el fenómeno central que es la “EXPERIENCIA ÚNICA”. Siendo esta el fenómeno identificado en los participantes a través de las entrevistas, concluyendo las investigadoras que la percepción de cada enfermero es una experiencia única; basada en las vivencias de cada participante.

8. CONCLUSIONES

- En relación a lo expuesto en la discusión se concluye que hace falta que el niño sea reconocido como un individuo con características físicas, mentales y espirituales que se van modificando a lo largo de las etapas de desarrollo y necesidades específicas. Por ende, los niños deben ser cuidados por enfermeros de calidad, con conocimientos y características en el SER para el manejo del niño.
- En el análisis expuesto anteriormente se concluye que el contexto laboral influye en la percepción de los enfermeros. Es decir que el nivel de complejidad y en especial la Institución hace que el enfermero fortalezca y actualice sus competencias.
También en las instituciones laborales escalafonar y considerar niveles salariales justos y equitativos para los enfermeros con otros estudios. (Ley 266 de 1996 DERECHOS DE LOS ENFERMOS).
- Los participantes eran de diferentes instituciones de salud tanto públicas como privadas donde se encontró diferentes fortalezas en cada uno de ellos.

9. RECOMENDACIONES

- Continuar con la investigación del fenómeno central de este estudio, permitiendo el hallazgo de más herramientas y características que logren ampliar el panorama de la percepción de los enfermeros frente al dolor.
- La identificación, clasificación y el buen manejo del dolor deberán ser prioridades cuando se trabaje con niños, para lo cual es necesario incorporar y considerar al dolor como el 5° signo vital.
- Fortalecer las competencias del SER en los enfermeros y estudiantes de enfermería que estén en proceso de formación académica, lo que brindará herramientas para que estos profesionales ofrezcan un cuidado holístico e integral.
- Afianzar los conocimientos teóricos y prácticos que los enfermeros adquirieron durante su formación académica de pregrado, a cerca del dolor, sus características y todo lo que conlleva este proceso.
- Capacitar constantemente a los enfermeros que laboran en el área de pediatría, con el fin que estos conozcan y utilicen correctamente los métodos para valoración del dolor infantil.

10. BIBLIOGRAFIA

1. IASP. Pain Terms: a list with definitions and notes on usage. Pain, 6, 249-252 McCaffery, M., Beebe, A. Pain: clinical manual for nursing practice. St Louis: C.V. Mosby, 1989.
2. Brunner y Suddarth. Enfermería medico quirúrgica. (12 ed.) Unidad 3 conceptos y retos del manejo del paciente. Función del personal de enfermería en la valoración y atención del paciente con dolor. 2013;13 (1):230-60.
3. Serrano, MS., Caballero, J., Cañas, A., García, P.L., Serrano, C., y Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (I). Revista de la Sociedad Española del Dolor, 9, 94-108.
4. Pain management nursing: scope and standars of practice .American Nurses Association and American Society for pain management Nursing. 2005.
5. Bruno FJ. Diccionario de términos psicológicos fundamentales. Barcelona: Paidós; 1997. También accesible en: <http://www.psicoactiva.com/diccionario.htm> [consultado el 7 de septiembre de 2018].
6. Tovar M. A. Dolor en niños, Colombia Médica, Vol. 36 N° 4 (Supl 3), [Consultado 8 de septiembre de 2018] disponible en: [2005http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/403/408](http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/403/408)
7. García-Andreu Jorge. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2018 Ago 19] ; 29(Suppl 1): 77-85. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077&lng=es.
8. Gancedo C, Malmierca F, Hernández C, Reinoso F, Revista de educación integral del pediatra extrahospitalario, [Internet]. [Consultado 12 Nov 2018].

Disponible en: https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/01/DOLOR_Valoracion.pdf

9. Asociación de Médicos Residentes del Instituto Especializado de Salud del Niño. DOLOR EN PEDIATRÍA. [Internet]. 2002 [citado 2018 Ago 20] disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatica/v04_n2/dolor.htm
10. Eberhard F María Eliana, Mora D Ximena. Manejo del dolor en el paciente pediátrico. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2004 Mayo [citado 2018 Ago 21]; 75(3): 277-279. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000300012
11. Pérez N. Cepero T. Santana S. Palmero O. Manejo del dolor en edad pediátrica. [Internet] 2013 [Citado Agosto de 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdcs132zd.pdf>
12. Breña Escobar D. Protocolo para el manejo del dolor en Pediatría. Rev Med Electr [Internet]. 2009 [citado 25 Ene 20113]; 31(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242009000100008&script=sci_arttext
13. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. [Internet]2012 [Citado 13/09/2018] Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19116es/s19116es.pdf>
14. Concepto.de, Percepción [Internet] 2017; [consultado en Agost 23 de 2018], Disponible en: <https://concepto.de/percepcion/>
15. Hemophilia. Dolor; [Internet] [consultado en Agost 23 de 2018], Disponible en: <https://stepsforliving.hemophilia.org/es/otro-paso-mas/tratamiento-sin-factor/manejo-del-dolor>
16. Báez Hernández F, Nava Navarro V, Ramos Cedeño L, Medina López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Rev.

- Aquichan. [Internet] Jun. 2009. [Consultado 15 abril 2018]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/167>
17. Laev.edu [internet], Estudios de los niños como sujeto de derecho, [consultado en: Sept. 20 de 2018]. Disponible en: <http://www.iaa.edu.es/estudios/derecho/los%20ninos-como-sujetos-de-derecho/>
 18. Que significado, Familia; [Internet] [consultado en: Agost 23 de 2018], Disponible en: <https://quesignificado.com/familia/>
 19. Medlineplus [internet], Manejo del dolor durante los cuidados paliativos, [consultado Sept. 20 de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000532.htm>
 20. Infomed, Medicina de Rehabilitación Cubana, escala visual analógica (EVA), [internet], [consultado en Agost. 23 de 2018]; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/eav_1.pdf
 21. De conceptos, sociedad, [internet], [consultado en Agost. 23 de 2018]; Disponible en: <https://deconceptos.com/ciencias-sociales/sociedad>
 22. Organización Mundial de la Salud [internet], Que es un Sistema de Salud, 2005; [Consultado Sept.20 de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
 23. Porto Julian [internet], Definición de concepto, 2008 [Consultado Sept. 20 de 2018], Disponible en: <https://definicion.de/conocimiento/>
 24. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Definición del dolor. 1994
 25. García-Andreu Jorge. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2018 Ago 19] ; 29(Suppl 1): 77-85. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077&lng=es)
 26. Muriel Villoria, García Ramón. Bases de la fisiología y fisiopatología del dolor (Neuroanatomía y Neurofisiología) [internet] 2005 [citado: 06/09/2018]

- disponible en:
<http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%202.pdf>
27. López F. Ana, Iturralde García de D. Francisco, Clerencia S. Mercedes, Galindo O. José. Dolor. TRATADO DE GERIATRÍA para residentes. [Internet] Editores: International Marketing & Communication, S.A. Madrid 2007. Pág. 721-731 Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf
28. Asociación de Médicos Residentes del Instituto Especializado de Salud del Niño. DOLOR EN PEDIATRÍA. [Internet]. 2002 [citado 2018 Ago 20] disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v04_n2/dolor.htm
29. Llorente Pérez Laura [internet], Manejo del dolor infantil por el profesional de enfermería, México 2015 [citado Oct 6 de 2018], disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17953/1/TFG-H466.pdf>
30. Monografies. Mediques de | "Academia de Ciencias Medicas de Catalunya e islas Balears 12; p82, disponible en:
https://www.acaemia.cat/pages/acedem/vidaaca/publica/mo_me/mo_me12/catala/mome12.pdf
31. F. Malmierca Sánchez, J. Pellegrini Belinchon, A.J. Malmierca. Pediatría Integral. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primar. [Internet] 2008 [Citado 06/09/2018]
32. Eberhard F María Eliana, Mora D Ximena. Manejo del dolor en el paciente pediátrico. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2004 Mayo [citado 2018 Ago 21] ; 75(3): 277-279. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000300012
33. Cordero Aguilar, Villar Mur, López Padilla, [internet], Actitud en enfermería ante del dolor infantil y su relación con la formación continua; Hospital clínico "San Cecilio de Granada" Universidad de Granada, España, 2012,

(consultado en: Oct 9 de 2018); Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n6/36original25.pdf>

34. Cris contra el cáncer y Unidad de Investigación en Cuidados de Salud Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer. [Internet] 2013 [Citado 14/09/2018] disponible en:
<http://www.afanion.org/bddocumentos/Gu%C3%ADa-Manejo-del-Dolor-en-Ni%C3%B1os-con-C%C3%A1ncer.pdf>
35. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. [Internet], [citado: 08/03/2019] Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
36. Declaración de Helsinki de 1964. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial (AMM). [Internet] [Citado 06/09/2018]
37. Pol.una [internet], Principios Éticos de Enfermería; [consultado en Septiembre 20 de 2018]. Disponible en:
<http://www.pol.una.py/sites/default/files/files/bienestar/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
38. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Pautas y orientación educativa para la revisión ética de la investigación en salud con seres humanos; [Internet] Washington 2012; [consultado en Agost. 23 de 2018] Disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Etica-pautas2013.pdf>
39. Consejo general de colegios de diplomados de enfermería de España. 1989. Código deontológico de la enfermería. [Internet 2018] Gobierno de la Roja. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/profesionales/comite-asistencial-de-etica/852-codigo-deontologico-de-la-enfermeria>

40. Ministerio de Salud en Colombia, Resolución 8430 de 1993, [Internet] Colombia 1993; [consultado en Agost. 23 de 2018] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
41. Ley 1098 de 2006. Código de la Infancia y la Adolescencia. Diario Oficial No. 46.446 de 8 de noviembre de 2006. [Internet 2018] Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
42. Raile Alligood M. Marriner Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. España. 2011. 7° Edición. Pag. 54.
43. Rodríguez Gómez D, Valldeoriola Roquet J, Metodología de la investigación. Universitat Oberta de Catalunya. España, pag 46. Disponible en: <http://myuvmcollege.com/uploads/lectura2011-09/Metodolog%C3%ADa%20de%20investigaci%C3%B3n-2064.pdf>
44. Pérez Serrano, Rodríguez Gómez, Pita Fernández, Ruiz Olabuenaga. La investigación Cualitativa. España pag 6-7.
45. Gil Flores J, García Jiménez E, Aljibe. Granada E, Rodríguez Gómez G. Metodología de la investigación cualitativa. 1996 España. Pag 40.
46. Fernando Trejo Martínez. Enf Neurol (Mex), Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Vol. 11, No. 2: 98-101, 2013) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>
47. Pérez Porto J. y Merino M. 2009. Definición de: Definición de enfermería (<https://definicion.de/enfermeria/>)
48. Pérez Porto J y Gardey A. 2009. Definición de: Definición de pediatría (<https://definicion.de/pediatrica/>)
49. Díaz-Bravo, Laura; Torruco-García, Uri; Martínez-Hernández, Mildred; Varela-Ruiz, Margarita [internet], La entrevista, recurso flexible y dinámico Investigación en Educación Médica, vol. 2, núm. 7, julio-septiembre, 2013, pp. 162-167 [Consultado Sept 11 de 2018], Universidad Nacional Autónoma

de México, Distrito Federal, México; Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

50. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M. Metodología de la investigación. Sexta edición. Editorial interamericana S.A. 2014 México [Internet] [Consultado 27 febrero 2019] disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
51. Gomez Urquiza, Jose Luis, Hueso Montoro, Gonzalez Emilio, Cañadas de la Fuente Guillermo, Celdran Miriam, Amezcua Manuel, Uso y actitudes del conocimiento sobre práctica y basada en evidencia en estudiantes de enfermería. 2014. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/51005>
- El papel de los hombres en enfermería. Estereotipación de la profesión. Sergio Hinojosa Sanz. Sant Cugat del Vallès, Junio de 2017. <http://eugdSPACE.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/457/EI%20papel%20de%20los%20hombres%20en%20enfermer%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
52. Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. Scielo; Aquichan 2009. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100012
53. Kramer Marlene, Schmalenberg, Magnet Hospital staff nurses describe clinical autonomy. 2003 California. [Internet]. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655402054568>
54. Martinez Carolina, Paravic Tatiana Autonomia Profesional: Factor clave para el ejercicio de la enfermería, basada en evidencia. Scielo Departamento de enfermería Facultad de la salud y los alimentos; Chile 2016. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962016000100010&script=sci_arttext&lng=en

55. Martínez Luengo, Klijn Paravic, Moreno M. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. Scielo Artículo de revisión Universidad del Bío – Bío, Chillan Chile Y Facultad de enfermería Universidad de Concepción, Chile 2017
56. Hildegard Peplau Interpersonal Relations in Nursing: Phases of Nurse 1988 pag. 17 https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-349-10109-2_2

11. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ **SESIÓN** _____ **CÓDIGO JURADO** _____

Yo _____ mayor de edad, identificado con CC. N°

_____ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado:

“”, realizado por las estudiantes del programa de Enfermería: Angie Lorena Restrepo Cuenca CC.

1144146058 Cel: 3136311806 Correo: angielorena7@gmail.com; Daniela Castrillón Carabalí CC. 1059989431

Cel: 3183841921 Correo: dannielacastrillonc.96@hotmail.com; Lina María Ledesma Quintero CC.

1112472206 Cel: 3156419311 Correo: linitadesma123@hotmail.com; y Dirigido por la docente Dina

Carmenza Ortega Arce CC. 31166139 Cel: 3165586182 Correo: dina.ortega00@usc.edu.co.

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Describir la percepción de los enfermeros en pediatría acerca del dolor de los niños en instituciones de salud. Y sobre los pasos para el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar:

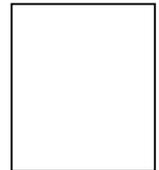
- Al entrevistado se le realizara una serie de preguntas orientadoras el cual deberá responder, permitiéndonos llevar una entrevista de forma fluida en el cual nos permitirá tomar apuntes y también usar una grabadora para que ninguna de las ideas y discusiones se pierda.
- Me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo. Los resultados obtenidos serán unica y exclusivamente para este fin investigativo.
- Sé que el beneficio de este trabajo es comprender la percepción de los enfermeros (a) acerca del dolor en niños para aumentar el conocimiento científico de la disciplina de Enfermería, en ningún momento habrá remuneración económica.
- Se me ha informado que no me ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro.
- Seré tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presenté en cualquier momento de la investigación.

Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizaran, Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización de la entrevista para el proyecto de investigación “Percepción de los enfermeros acerca del dolor en niños” y firmo a continuación:

NOMBRE PARTICIPANTE

FIRMA

_____ C.C. _____



FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO:

Anexo 2. Formato de preguntas orientadoras

Anexo 2. Herramienta.

	UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA 2019 – A		Fecha: dd/mm/aa Entrevista N°:	
	PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS A CERCA DEL DE DOLOR EN NIÑOS			
I. DATOS PERSONALES				
NOMBRE:			NUMERO DE IDENTIFICACION:	
EDAD:	21 - 30 años <input type="checkbox"/>	31 - 40 años <input type="checkbox"/>	41 - 50 años <input type="checkbox"/>	51 - 60 años <input type="checkbox"/>
	Más de 60 años <input type="checkbox"/>			
SEXO:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>		
LUGAR DE RESIDENCIA:				
ESTADO CIVIL:	Solter@ <input type="checkbox"/>	Casad@ <input type="checkbox"/>	TIENE HIJOS:	Si <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>	Cuantos ___
ESTUDIOS:	Pregrado <input type="checkbox"/>	Posgrado <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>
AÑOS DE EXPERIENCIA EN PEDIATRIA:				
De 0 a 5 años <input type="checkbox"/>		De 6 a 10 años <input type="checkbox"/>		De 11 a 15 años <input type="checkbox"/>
				Más de 15 años <input type="checkbox"/>
INSTITUCIÓN DE TRABAJO:			NIVEL DE COMPLEJIDAD:	
TIPO DE CONTRATO ACTUAL:	Indefinido <input type="checkbox"/>		Termino fijo <input type="checkbox"/>	
II. PREGUNTAS				
Para usted que es el dolor.				
Que conoce usted del dolor en los niños.				
Qué piensa usted cuando el niño llora durante alguna intervención.				
Cuál es su experiencia al trabajar con niños que padecen algún dolor.				
Que método o escala para la valoración del dolor en el niño.				
Como se maneja el dolor en los niños en la sala donde trabaja.				
Piensa usted que se trata adecuadamente el dolor en los niños en su sitio de trabajo.				

Anexo 3. Convocatoria.



CONVOCATORIA ABIERTA PARA ENFERMEROS

Invita a Enfermer@s interesados, a participar en el proyecto de investigación **“Percepción de los enfermeros a cerca del dolor en niños”**.
Que se realizara en el año 2019. En donde se busca comprender la percepción de estos profesionales ante en dolor manifestado por los niños.

CONVOCATORIA ABIERTA HASTA: 03/05/2019

CONTACTANOS:

angielorena7@gmail.com

Tel: 313 631 1806 – 318 384 1921

¡Están cordialmente invitados!

Facultad de salud Programa de Enfermería 2019-A

101



Anexo 4. Percepción de los enfermeros sobre el dolor en niños hospitalizados matriz de consistencia categorial.

ENTREVISTAS	CATEGORÍAS				
	DOLOR (definición y valoración)	CUIDADO	TRATAMIENTO	NIÑOS	ENFERMEROS DE CORAZÓN
N° 1	<p>“El dolor es como un signo vital, es una sensación que hay que aprender a identificarla”</p> <p>“Nosotros tenemos una escala de cries. Ella evalúa 5 parámetros que están determinados; donde el dolor máximo es 10 y se evalúa de 0 a 2 cada parámetro. Entonces tenemos uno de ellos, dentro de lo que cabe le valoramos al recién nacido el llanto, que tantas veces el niño llora”</p>	<p>“Para el dolor en niños están las medidas de contención y ciertas medidas como poner chupos, cambiar el pañal, darles de comer”</p>	<p>“Para el manejo se usa frecuentemente fentanil y morfina”</p>	<p>“Los niños no son fáciles menos el que no habla, el que habla te dice, porque el que no habla pobrecito de él si usted lo toca con las manos contaminadas”</p> <p>“Los niños son muy especiales cuando quieren, pero cuando ¡no! son un poco difíciles de manejar”</p>	<p>“De por si uno con los niños se tiene que hacer las cosas de corazón, porque el que no habla pobrecito de él si usted lo toca con las manos contaminadas y el daño que le va a generar a ese recién nacido”</p> <p>“Con el niño y con el recién nacido, con los niños en general, hay que tratar de hacer las cosas como enfermero de</p>

					corazón y esto más que profesión, a uno le tiene que gustar los niños”
N° 2	<p>“Para mí el dolor es algo incómodo, algo estresante, fastidioso y es una reacción que me lleva a concentrarme en esa situación”</p> <p>“Si hay escalas para el dolor, pero pues para el prematuro todavía no están muy claras, pero se siguen utilizando. Las del niño ya son las escalas de expresión facial. Si la cara esta como el dibujito de la carita feliz, el niño no tiene dolor, pero si el niño tiene la cara arrugada que se le vean las arrugas en la frente, quiere decir que él bebe tiene algún grado de dolor”</p>	<p>“Como cuidado de enfermería se realiza la integración interdisciplinar, y el programa canguro, como media de confort se les da penumbra, no tocar la incubadora, hablar despacio y dedo de guante con impregnación de agua y sacarosa para disminuir dolor”</p>	<p>“Se usa paracetamol”</p>	<p>“Sino que ellos lo tienen que aprender, lo aprenden en un momento inadecuado, porque ellos no saben que eso es dolor, los niños prematuros si hay muchas situaciones que miremos que él bebe está incómodo”</p>	<p>“Los niños necesitan un manejo maternal, suave, tranquilo y amoroso, es ahí en medio de esos manejos es donde nosotros integramos a los padres”</p>

<p>N° 3</p>	<p>“Para mí el dolor es una percepción a un estímulo” “En niños mayores de 3 años utilizamos la escala de “EVA”, en recién nacidos “NIPS” y “FLACC” entre 1-3 años”</p>	<p>“el colocar el chupo es una forma de manejar el dolor, el abrigoarlos o chumbarlos como dice uno, es un manejo de dolor” “a veces el baño los relaja un poco, el estar con la mamita cargados eso también les maneja el dolor”</p>	<p>“Para el dolor en mi sala se usa dipirona, morfina, fentanil, acetaminofén, tramadol e hidromorfona”</p>	<p>“El dolor en recién nacidos y niños pediátricos la percepción cambia, el niño pediátrico conoce el dolor y su percepción es diferente, el recién nacido solo tiene el estímulo, su percepción es diferente y por eso el dolor pasa más rápido, el niño recién nacido y el niño de dos años después de una cirugía como si nada, los más grandes se ven estáticos, con dolor”</p>	<p>“El desespero de nosotras es calmar el dolor, porque se ponen en el lugar de la mamá o el papá que ven llorar ese niño y que llora todo el tiempo y también como el desespero. Entonces si cambian la percepción, se vuelve más humano, más cercano al niño”</p>
<p>N° 4</p>	<p>“Es un estado de discomfort en donde puede haber alteraciones en la parte emocional y fisiológica” “Acá tenemos la escala de EVA, NIPS.”</p>	<p>“para el manejo del dolor en niños se debe tener un cuidado sigiloso, me toca verificar otras cosas; por ejemplo: como están sus signos vitales, como están sus</p>	<p>“El dolor se maneja con acetaminofén, fentanil, midazolam y morfina”</p>	<p>“El niño llora porque necesita el acompañamiento, estar en su hogar, no tener a sus seres queridos, los neonatos son otro mundo, no son fáciles de manejar”</p>	<p>“tú te vuelves más aprehensivo ante todo y todo se vuelve una alarma, porque tú piensas, “ah no, de pronto sea tal cosa” “con los niños todo tiene que ser más</p>

		exámenes, como está la perfusión de ese paciente.”			delicado, todo tiene que ser más armonioso”
N° 5	<p>“Es una manifestación de un factor que está interviniendo en algo orgánico o mental en el niño”</p> <p>“Aquí en la institución tenemos unas escalas de evaluación del dolor, hay miles de escalas a nivel mundial pero aquí manejamos tres para los neonatos, para los niños de un mes a tres años y para los mayores de tres años. De acuerdo a eso uno evalúa por ejemplo en los neonatos es muy difícil, pero pues uno evalúa que el ceño fruncido, que la flexión de las extremidades, etc. Y en los más grandecitos pues va siendo mucho más objetivo del niño como tal”</p>	<p>“Intervenciones como las medidas de confort, bañar al niño, cambiarle el pañal, cambiarlo de posición, acobijarlo, favorecer la termorregulación, etc”</p>	<p>“Para manejar el dolor acetaminofén, Dipirona si ya con eso no mejora pues se da opioides, manejamos un medicamento para la sedación continua que se llama precedex”</p>	<p>“Los niños entre más pequeños es más difícil la manifestación de dolor, los recién nacido y pediátricos manifiestan el dolor llorando e irritables, los prematuros ya de 24 semanas hay que manejarles el dolor, el manejo en pediatría es más difícil porque se ven patologías como cáncer, cirugías muy invasivas; el niño pediátrico se desestabiliza, grita y se desespera emocionalmente por el dolor; en el neonato siente dolor, pero no se desestabiliza. El pediátrico llora por la ausencia de sus papás,</p>	<p>“yo creo que todas las personas con las que yo trabajo son muy humanas y si obviamente hay que serlo y hay que ponerse en los zapatos del niño. La familia a veces te tiende a juzgar, más que todo los papas son los que están molestando o es el niño que está molestando, pero ¡no! definitivamente la enfermera tiene que ser muy humana”</p>

				porque están aislados, con habitaciones solas y oscuras.”	
N° 6	<p>“El dolor es algo insoportable, algo que si tú eres mamá uno lo siente y se identificas con el dolor de ese niño” “No acá no tenemos escalas eso se hace en el triage, lo normal del triage que es el de las caritas, pero pues no se usa acá por que el niño llega y apenas entra hay mismo se empieza atender independientemente de que intensidad tenga.”</p>	<p>“Se realiza intervenciones didácticas como juegos y colorear, también medios físicos como baños y enfermería es pericia de estar en todo lado, le pregunta a la mamá que le pasa si ve llorar un niño, se toman signos vitales y temperatura”</p>	<p>“Pues más que todo aquí por la intensidad de trabajo que hay el manejo del dolor es medicamentoso acetaminofén, dipirona, tramadol, morfina”</p>	<p>“En los niños pequeños puede ser el llanto por berrinche, puede ser por hambre o puede ser dolor, los niños son muy dados a entretenerse con juegos”</p>	<p>“Es algo que si tú eres mamá uno lo siente, uno se identifica con el dolor de esos niños y eso hace que así mismo usted empiece hacer todos los procedimientos a adelantar todos los procesos, porque uno ve esa carita de dolor esa indisposición de ellos entonces eso ayuda a que uno agilice más la utilización para que ellos mejoren”</p>
N° 7	<p>“El dolor es un síntoma a alguna</p>	<p>“ya si uno ve que es el pañal, es - mira mamita cámbialo- si uno</p>	<p>“Acetaminofén y dependiendo de la patología se utiliza dipirona,</p>	<p>“Los niños pequeños lloran y cogen a la mamá, el niño más grande dice que tiene</p>	<p>“Me voy donde el niño y le pregunto qué te pasa, que te duele, porque uno</p>

	<p>patología” “No conozco, pero yo sé que por clínica un niño, como sabemos que le duele y que esta intenso, generalmente se pone irritable, llora, agarra a la mama y si son grandecitos ellos ya explican; me duele la cabeza, me duele el estómago o uno lo toca y grita, entonces es por el comportamiento de ellos, no aplicamos escalas, tampoco tenemos escalas en la sala ”</p>	<p>ve que es hambre -mamá póngalo al pecho-, -mamá cárguelo-, es que el llanto del dolor en el niño es muy llamativo” “En los grandecitos primero yo les explico que es lo que voy a hacer, que, sí le va a dolor obviamente”</p>	<p>tramadol o morfina”.</p>	<p>dolor y señala donde le duele”</p>	<p>quiere saber que le está pasando, uno no pasa derecho “ah no este niño cansón”, es que el llanto del dolor en el niño es muy llamativo, uno no puede pasar desapercibido, cuando uno oye esos llantos donde este, uno se va a ver qué es lo que pasa, pienso que cuando uno trabaja con niños desarrolla ese sentido de no ser indiferente al dolor.</p>
<p>N° 8</p>	<p>“El dolor es una sensación muy desagradable, por eso le corro a los niños cuando lloran” “No, métodos como tal,</p>	<p>“El llanto, a veces es un signo de dolor entonces yo tengo que averiguar cuál es la causa,</p>	<p>“Exclusivamente acetaminofén en gotas o jarabe”</p>	<p>“Los niños; ellos no tienen lenguaje hablado como tal pero ellos si tienen su propio lenguaje, hay una ciencia que se llama</p>	<p>“pero yo pienso que todas las mujeres tenemos un instinto materno. La diferencia entre mis compañeras y</p>

<p>establecidos no hay, para la valoración del dolor, por hay una escala que nos han regalado pero eso nunca se ha llevado a cabo para que te voy a echar mentiras, porque eso para establecerlo acá hay que protocolizar eso o sea no es porque yo diga que se va establecer una escala del dolor y yo lo voy a establecer acá no, eso hay que hacer un protocolo, socializar ese protocolo y luego si se lleva a cabo”</p>	<p>enseguida voy y reviso por que llora si es que tiene algo que le está tallando que le está molestando o si la posición hay a veces que de tanto estar acostado esa zona se le pone como enrojecida, entonces cambiarlo de posición porque usted sabe que cuando uno está con la misma posición le duele entonces cambiarlo de posición, si de pronto no es eso tengo que mirarle el pañal si no hay mucha orina si</p>		<p>neurolingüística que trata sobre el lenguaje de los bebes” “Me gusta trabajar con niños son muy agradecidos digo yo, porque cuando uno los carga un rato ellos se tranquilizan y le regalan hasta una sonrisa a uno, entonces eso es muy agradable”</p>	<p>yo es ninguna yo cargo igual los niños que ellas, les hago los procedimientos igual que ellas, les brindo mis ratos de cariño a ellos igual que ellas o sea yo no le veo ninguna diferencia, en que yo no tenga hijos y en que ellas si”</p>
--	---	--	--	--

		hay mucho popo, dependiendo de eso y tengo que mirarle los sitios de punción si hay algún signo de flebitis o algo, cargarlos para tranquilizarlos y abrigar”			
N° 9	“Es algo, es una manifestación no agradable e intolerante del cuerpo humano”.	“Hacemos succión no nutritiva o hacemos confort, revisamos temperatura. Algo le puede estar tallando al niño en la cuna, algún tipo de tela, porque es que las mamas tienen toda su razón ellas aprenden a conocer sus nenes y también tenemos que aprender de esas mamas, le gusta así no le gusta	“Solo es acetaminofén”	“Los niños tienen un dolor. El niño no tiene esas manifestaciones como un adulto entonces a medida que uno va aprendiendo el manejo con ellos va aprendiendo y va como adivinando y va aprendiendo también de la mamá por que la mamá aprende a conocer su nene y sabe cuándo está satisfecho o cuando está insatisfecho. . El niño pediátrico pues también dependiendo de la edad, él nos puede manifestar”	“Tiene esa experiencia esa inquietud de mamá”

		<p>así, entonces hay que mirar esas cosas antes de. Si vemos que él bebe no se calma entonces revisamos lo que es de comida, si puede recibir su vía oral le ofrecemos vía oral, si vemos que el niño no se ha calmado con eso ya vemos si tiene más hambre. Si vemos que el nene insiste en llanto manifestado inquietud, irritabilidad entonces ya acudimos hacer lo que es el contacto físico de estar hay con el tratando de calmarlo empezar a conocer ese</p>			
--	--	---	--	--	--

		nene que puede estar presentando”.			
N° 10	“El dolor es la peor sensación que puede sentir un ser humano”.	“Se realizan los cambios de posición y como las medidas de confort que hacen que disminuya. En cuanto a la parte de enfermería con las intervenciones, yo creo que nos faltaría todavía un poquito. Depende de las personas que estemos de turno, entonces puede ser que algunas personas que lo manejen estemos con él, miremos que es lo que les duele, si es la venita que se dañó, si es que esta incómodo por la posición,	“Acetaminofén y dipirona y si el paciente requiere algo más fuerte también se le pondría”	“Lo que pasa es que con los niños es más difícil, porque entre más pequeñitos no nos van a decir si es dolor o no es dolor, solamente es ir a observarlos, mirarles la sensación de disconfort que tienen en el momento, entonces por esa parte si sería más difícil de manejar. El paciente pediátrico no le miente a uno, cuando un niño te dice: “me duele” es porque de verdad le duele”	“Deber ser muy sensible, tener mucho sentido de observación, ser muy paciente y muy cariñoso. Yo creo que eso va como en la parte de la humanización del servicio, aunque debería ser igual en todo, pero como los niños son más pequeñitos y demandan más cariño”.

		sobre todo en los postoperatorios. Depende del personal que este”.			
N° 11	“El dolor es un mecanismo de defensa, que se tiene frente a algo que está ocasionando molestia en el cuerpo o cualquier otra área de sensación o sensibilidad”.	“Un recién nacido yo trato que este lo más cómodo y tranquilo posible, si es un quirúrgico le pone goteo de relajación, sedación; en pediatría uno lo hace en cirugía que es con midazolam y fentanil y cuando es un examen por fuera, por ejemplo en vacunas les colocan dolex para el dolor”.	“Recién nacidos morfina solamente, en pediatría midazolam con fentanil”.	“Hace mucho tiempo, me refiero a recién nacidos, se consideraba que el recién nacido no tenía dolor, no tenía sensibilidad profunda para el dolor; de hace unos 10 años para acá más o menos, actualmente se sabe y se maneja el dolor en los niños”	“Primero que quiera ser enfermero, que lo haga por convicción y que tenga una capacidad de querer aprender y conocer muy alta. Tener una gran calidad humana y un gran carisma para poder manejar a los papás y a los niños; porque tiene que entender uno como padre y si es un profesional de salud de tener un hijo hospitalizado, allí se le olvida que es personal de salud y vive la emotividad de ser padre”

