

EVALUACIÓN Y ABORDAJE ENFERMERO EN EL MANEJO NO
FARMACOLÓGICO DEL DOLOR EN UNA UNIDAD PEDIÁTRICA DE CALI EN EL
AÑO 2019

DIANA ALEXANDRA CASTAÑEDA OROZCO
JESSICA GONZALEZ ARIAS

TUTORA

Martha Cecilia Ospina Uribe

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTIAGO DE CALI

2019

Contenido

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GENERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4. MARCOS DE REFERENCIA	13
4.1 MARCO CONCEPTUAL	13
4.2 MARCO TEÓRICO	15
4.2.1 ¿Qué es el dolor?	15
4.2.2 Dimensiones del dolor	15
4.2.3 clasificación de dolor	16
4.2.4 Clasificación en función de la duración	17
4.2.5 Clasificación anatómica	17
4.2.6 Neurofisiología del dolor en el niño	18
4.2.7 Valoración del dolor por enfermería	18
4.2.8 Instrumentos de medidas del dolor en el niño	19
4.2.9 Manejo del dolor infantil por el profesional de enfermería	32
4.3 MARCO ÉTICO	34
4.3.1 Marco ético internacional	34
4.3.2 Marco ético nacional	52
4.4 MARCO LEGAL DISCIPLINAR	62
4.5 MARCO CONTEXTUAL	71
5. METODOLOGÍA Y/O MATERIALES Y MÉTODOS	73
5.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	73

5.2 POBLACIÓN Y/O UNIVERSO	73
5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	73
5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	73
5.5 CUADRO DE VARIABLES	74
5.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	78
5.6.1 Fases del Proceso Investigativo	78
5.6.2 Plan de Análisis	79
5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	79
6. CRONOGRAMA	82
7. PRESUPUESTO	83
8. RESULTADOS	85
9. ANÁLISIS DE RESULTADOS	100
10. DISCUSIÓN	101
11. CONCLUSIONES	102
12. RECOMENDACIONES	103
13. BIBLIOGRAFÍA	104
14. ANEXOS	107
14.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	107
14.2 ENCUESTA	108

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue identificar los métodos de evaluación y abordaje por parte del personal de enfermería en el manejo no farmacológico del dolor en una unidad de cuidado intensivo pediátrico de Cali en el 2019. Para ello, el tipo de investigación fue descriptivo de corte transversal. Se realizó una encuesta en el 2019 a un grupo de enfermeros con el fin de identificar los métodos de evaluación y abordaje del personal en el manejo no farmacológico del dolor en una unidad de cuidados intensivos pediátricos de la ciudad de Cali. Se encontró que el personal de la unidad de cuidado intensivo pediátrico se encuentra en la adultez temprana con un promedio de edad de 33 años siendo más de la mitad mujeres y con procedencia en su mayoría, de la ciudad de Cali y sus alrededores. Esto significa que es importante la experiencia que tiene el personal frente a cómo ellos identifican los cambios fisiológicos en el niño cuando tiene dolor, ya que en lo observado, la mayoría del personal que refiere la utilización de escalas tiene más de 10 años de experiencia, de igual forma se encuentra que a pesar que reconocen la existencia de escalas del dolor, la más conocida para ellos es la escala analógica. Además,

INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del dolor lo define como una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial.(1) Con respecto al dolor en los niños cabe añadir que la incapacidad de comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de que alguien esté sufriendo dolor y necesite un tratamiento analgésico apropiado.

Para tratar el dolor en niños, existen métodos farmacológicos, que tienen sus peculiaridades en pediatría, y métodos no farmacológicos, cuya finalidad es disminuir el dolor y potenciar los recursos saludables del niño enfermo. Estos últimos se deberían utilizar siempre, incluso conjuntamente con el tratamiento farmacológico. (1)

Las evidencias científicas han demostrado que el inadecuado manejo del dolor en niños repercute en diferentes complicaciones y riesgos de vida; a corto plazo se convierte en un evento adverso que hace necesaria la utilización de más recursos médicos que aumentan los costos en salud.(2) Por otro lado, favorece además la cronificación del dolor, y a largo plazo trae consecuencias psicológicas, como ansiedad, miedo, alteraciones del sueño, de alimentación y del comportamiento.

La evaluación de la magnitud del dolor en pediatría no es fácil, especialmente en los más pequeños, existiendo innumerables tablas y guías para realizarlo. Lo importante es lograr una forma de evaluación adecuada que sea fácil de utilizar y reproducible por cualquier miembro del equipo de salud.

Uno de los procedimientos en salud que más generan dolor son los procedimientos quirúrgicos, se debe tener en cuenta que los niños presentan la misma experiencia dolorosa tras la cirugía que los adultos, sin embargo esta puede no durar tanto ya que estos suelen sanar más rápido, aun así el dolor quirúrgico debe ser prevenido siempre que sea posible. Se deben evitar los procedimientos innecesarios y planificar el manejo integral del paciente antes de la cirugía. También se debe tener en cuenta los efectos secundarios, previsibles o no, que los fármacos y las diferentes técnicas de analgesia y anestesia pueden tener sobre el paciente

pediátrico como depresión respiratoria, tolerancia, síndrome de abstinencia y alergias, para estar preparados en el caso que se deba actuar.

El papel de enfermería en el manejo del dolor es muy importante debido que son los que más tiempo dedican al cuidado del paciente, lo que les facilita identificar y abordar oportunamente cuando un niño presenta dolor, para esto es necesario que el profesional de enfermería establezca formas de tratar el dolor en los niños de una unidad de cuidado intensivo y a partir de éste conocimiento se pueden establecer el uso de protocolos para la identificación oportuna y el uso de diferentes tratamientos no farmacológicos. (2)

De acuerdo con lo anterior este trabajo pretende evaluar y describir el manejo no farmacológico utilizado por el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de una institución privada de Cali de tercer nivel, como coadyuvante del manejo con analgesia.

A la institución aporta herramientas valiosas debido que en ella no hay tablas pediátricas establecidas para identificar el dolor en niños y de esta manera abordarlo oportunamente en conjunto con otras estrategias que permitan disminuir la ansiedad, el miedo y el dolor en los pacientes hospitalizados en la unidad, al mismo tiempo también disminuye la ansiedad, angustia y preocupación de los padres, teniendo en cuenta que son los mejores aliados del niño durante cualquier procedimiento doloroso.

1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las estructuras anatómicas para la percepción del dolor son funcionales desde el segundo trimestre de gestación. Además, produce en los niños respuestas fisiológicas, metabólicas y de conducta que son negativas; incluyen aumento en la frecuencia cardíaca, en la frecuencia respiratoria y en la presión sanguínea. También causa pobre ingesta nutricional lo que atrasa la cicatrización de las heridas, alteración en el patrón del sueño e irritabilidad; alteraciones psicológicas, sobre todo la aparición de reacciones de ansiedad y miedo. (3)

En cuanto al cuidador, los sentimientos que se observan con más frecuencia son: nerviosismo, tristeza y rabia, ante la imposibilidad de aliviar el sufrimiento del niño. La reacción de los padres ante el dolor en sus hijos resulta en altos niveles de estrés y la ocurrencia de síntomas de ansiedad.(5) En la práctica clínica, la debilidad de esta situación puede comprometer el entendimiento por parte de los padres, de las necesidades de cuidado del niño y la relación con el equipo de salud. (25)

La mayoría de los padres quiere estar al lado del niño durante los procedimientos dolorosos debido que se sienten más seguros cuando ayudan a sus hijos a enfrentar la enfermedad y el proceso de hospitalización. Por otro lado, algunos padres demuestran altos niveles de estrés y no logran sentirse suficientemente confiados en los cuidados ofrecidos por el equipo de enfermería y de salud; es en este escenario que el enfermero debe utilizar su experticia para ayudar a los padres a manejar su angustia, establecer una relación de confianza con ellos, donde la comunicación asertiva y la comprensión del sufrimiento hagan que el enfermero sea la persona con quien los padres pueden contar durante los momentos difíciles, ya que son los padres los que pueden ayudar al personal de enfermería a detectar alteraciones fisiológicas en el niño que pueden ser respuestas a estados de dolor y a participar en el manejo no farmacológico del dolor teniendo en cuenta que enfermería trabaja con el binomio madre –hijo o cuidador –hijo.

Así mismo es importante para el personal asistencial conocer el tipo de terapias adicionales que pueden ser usadas en la unidad, pues este grupo de la población

muchas veces no sabe o no puede expresarse haciendo más complejo el manejo y su resolución. Por razones como las anteriores en el estudio de valoración y abordaje del dolor en el paciente pediátrico hospitalizado (4) se expone que los enfermeros perciben una serie de barreras de comunicación, déficit de conocimientos relacionados con el dolor, el cómo emplear las escalas, y la creencia en falsos mitos que dificultan la aplicación de las escalas de valoración existentes.

Otro estudio de Yaffa Zisk – Rony R (5) muestra que, el dolor en niños no es evaluado y tratado de forma correcta por el personal de enfermería, por lo tanto éste sufrimiento, podría presentar efectos negativos a corto y largo plazo. Se evidencia desconocimientos de escalas y métodos de valoración adecuados, incluso cuando estas escalas son conocidas por el personal de enfermería, la mayor parte de ellos no las usan.

Con lo anterior la pregunta propuesta en este trabajo es:

¿Cómo es la evaluación y abordaje enfermero en el manejo no farmacológico del dolor en una unidad de cuidado intensivo pediátrico de Cali?

El tipo de investigación que se va a realizar en el siguiente trabajo es descriptivo de corte transversal. Se realizará una encuesta durante el periodo 2019A a un grupo de enfermeros con el fin de identificar los métodos de evaluación y abordaje del personal en el manejo no farmacológico del dolor en una unidad de cuidados intensivos pediátricos de la ciudad de Cali, la cual cuenta con 8 cubículos donde se atienden pacientes desde los 30 días de nacidos hasta 16 años de edad, en estado crítico que requieren monitoria continua, procedimientos invasivos y cuidados especializados de mediana y alta complejidad por lo que en éstos pacientes es muy importante la identificación temprana y el manejo adecuado del dolor.

2. JUSTIFICACIÓN

El papel de la enfermera en el manejo del dolor en el niño comienza con la valoración que es la primera fase del proceso de enfermería y se basa en recoger y recopilar datos que permitan planificar las intervenciones.

En esta etapa es necesaria la utilización por parte de enfermería de una herramienta que valore el dolor, confirmando su presencia y midiendo su gravedad e intensidad. Es importante tener en cuenta que existen factores que influyen en la valoración del dolor en los niños, como la genética, aspectos emocionales, experiencias dolorosas previas, entorno, factores familiares y culturales, prestando especial atención a los niños más pequeños o con problemas cognitivos. (25)

El personal de enfermería en su cuidado tiene como objetivo prevenir, minimizar o eliminar el dolor; aunque no siempre será posible mantener al paciente en un estado de ausencia total de dolor. En estos casos es importante saber qué repercusiones tendrá el dolor a nivel metabólico, respiratorio o hemodinámico, y adecuar los cuidados a dicha previsión. También se deben tener en cuenta los efectos secundarios, previsibles o no, que los fármacos y las diferentes técnicas de analgesia y anestesia pueden tener sobre el paciente (depresión respiratoria, tolerancia, síndrome de abstinencia, alergias), para estar preparados en el caso que se deba actuar. (6)

En el abordaje del dolor existen tratamientos no farmacológicos y farmacológicos. En el tratamiento farmacológico se encuentran los Analgésicos y Anti-Inflamatorios no Esteroideos (AINES) los cuales son un amplio grupo de medicamentos que se utilizan para aliviar el dolor, la inflamación y combatir la fiebre. Algunos también poseen propiedades anticoagulantes. Las reacciones adversas a estos fármacos son la segunda causa de consulta por sospecha de alergia a medicamentos, después de las relacionadas con antibióticos del grupo de las penicilinas. (7)

Es por esto que las medidas no farmacológicas en el manejo del dolor son de gran utilidad en el ámbito pediátrico y deben estar presentes en cualquier procedimiento diagnóstico-terapéutico. El personal de enfermería debe estar familiarizado con

estas medidas a fin de que el paciente se mantenga lo más confortable posible, disminuyendo la ansiedad y mejorando la tolerancia del niño a las intervenciones.

Dentro de las terapias no farmacológicas se encuentran: (8)

- La sacarosa, glucosa y soluciones edulcoradas que son las medidas más utilizadas en procedimientos dolorosos cortos.
- Lactancia materna: la presencia de la madre, el contacto piel con piel, la succión y el sabor dulce de la leche proporciona en el bebé un efecto analgésico debido al aumento de las beta-endorfinas.
- Método madre canguro: permitir que la madre esté presente durante el procedimiento y coja o acaricie al niño proporciona estabilidad fisiológica y disminuye el dolor tras procedimientos menores.
- Maniobras de distracción: consiste en dirigir la atención a estímulos diferentes al procedimiento doloroso.
- Estimulación táctil: las caricias y masajes, incluso coger la mano del niño durante el procedimiento, puede reducir el dolor de la intervención.
- Estimulación transcutánea: consiste en aplicar electricidad de bajo voltaje a través de unos electrodos colocados sobre la piel.
- Técnicas de relajación: el control de la respiración es una técnica de relajación que permite disminuir la ansiedad.
- Imaginación guiada: esta técnica consiste en evocar imágenes para que se recreen situaciones agradables.
- Hipnosis: mediante ésta, se altera la percepción y la conciencia, lo que genera una disminución de la sensibilidad ante el estímulo doloroso, sistema de recompensas: la finalidad, es relacionar el dolor con un episodio premiado.
- Información: en escolares, es fundamental informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar y lo que va a sentir, tratando de que lo comprenda.

El presente trabajo se realiza con el fin de articular el conocimiento teórico-práctico adquirido en el periodo académico beneficiando a la población objeto de estudio, con el conocimiento de las estrategias de valoración del dolor en el niño, se generarán recomendaciones a la unidad pediátrica para realizar una valoración oportuna por medio del uso adecuado de las escalas estandarizadas para medición del dolor a nivel nacional y mundial y se evidenciarán las intervenciones no farmacológicas y el reconocimiento en el abordaje del dolor a partir de la valoración de signos tempranos del dolor por parte del personal de enfermería que le brinda cuidado a los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo pediátrico, así mismo se pueden ofrecer otras opciones de tratamiento para disminuir el dolor que se pueda presentar en los niños diferente al farmacológico teniendo en cuenta la edad y las diferentes etapas de la niñez en que se encuentra el paciente.

Este estudio permite a la profesión de enfermería explorar otra medida de cuidado no farmacológico que a su vez abren paso a investigaciones en Colombia debido a que durante la revisión bibliográfica se evidenciaron estudios en otros países diferentes.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los métodos de evaluación y abordaje por parte del personal de enfermería en el manejo no farmacológico del dolor en una unidad de cuidado intensivo pediátrico de Cali durante el periodo 2019A.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Identificar las estrategias de evaluación realizadas por el personal de enfermería en el manejo no farmacológico del dolor.
- Determinar las estrategias no farmacológicas utilizadas por el personal de enfermería.
- Recomendar al personal de enfermería sobre las diferentes terapias no farmacológicas que se pueden complementar con las ya utilizadas.

4. MARCOS DE REFERENCIA

4.1 MARCO CONCEPTUAL

Dolor: Es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. (1)

Dolor idiopático: Aquél cuyos mecanismos fisiopatológicos no están identificados. (9)

Dolor incidente (o dolor debido al movimiento): Tipo de dolor que puede ser inducido por movimientos simples, como el caminar, o por maniobras que habitualmente exacerban el dolor (por ejemplo, el apoyo del peso en una extremidad o el dolor producido por procedimientos diagnósticos o terapéuticos). También puede producirse con movimientos fisiológicos, como la tos o el espasmo vesical tras la micción. (9)

Dolor intercurrente: Aumento transitorio de la intensidad del dolor por encima del nivel preexistente. (9)

Dolor neuropático: El causado por daño estructural o disfunción neuronal del sistema nervioso central o periférico; persiste aunque el estímulo haya desaparecido. (9)

Dolor persistente: Expresión que en estas directrices se utiliza para referirse al dolor de larga duración relacionado con enfermedades médicas, como infecciones importantes (por ejemplo, por VIH), cáncer, dolor neuropático crónico (por ejemplo, tras una amputación) o dolor episódico (por ejemplo, crisis drepanocíticas. (9)

Gravedad del dolor: Expresión que se refiere al grado de dolor que sufre y refiere el paciente; también llamada intensidad del dolor. (9)

Idiopático: Adjetivo que se utiliza sobre todo en medicina y significa de aparición espontánea o por una causa desconocida o mal conocida. (9)

Instrumentos de evaluación del dolor: Instrumentos utilizados para evaluar la intensidad o la intensidad y otros aspectos del dolor, tales como su localización, características o frecuencia. Los instrumentos de medición de la intensidad del dolor

suelen denominarse escalas de dolor. Otras denominaciones alternativas son herramientas, métodos o medidas de evaluación del dolor. (9)

Intensidad del dolor: Expresión que se refiere al grado de dolor que sufre y refiere el paciente; también llamada gravedad del dolor. (9)

Lactantes: Personas de edades comprendidas entre 29 días y 12 meses. (9)

Niños: En sentido estricto, personas de edades comprendidas entre 1 y 9 años. Sin embargo, en estas directrices el término se utiliza en un sentido más amplio que abarca a los recién nacidos, los lactantes y, a menudo, los adolescentes. (9)

Psicometría: Campo de estudio que se ocupa de la teoría y la técnica de medición educacional y psicológica, como la medición de conocimientos, capacidades, actitudes y rasgos de personalidad. Fundamentalmente se ocupa de la creación y validación de instrumentos de medición, como cuestionarios, test y evaluaciones de la personalidad. (9)

Terapia no farmacológica: Se entiende por terapias no farmacológicas cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante. (10)

Postoperatorio: Es el tiempo que transcurre desde que el paciente concluye su participación en la cirugía extendiéndose hasta que es dado de alta, para su recuperación total o para que continúe su recuperación en su domicilio, con una finalidad didáctica se divide en inmediato y mediato. (11)

Inmediato: Se extiende desde la colocación del apósito en la herida quirúrgica extendiéndose hasta que los signos vitales se encuentren en los estándares establecidos. (11)

Mediato: Parte cuando ya se ha estabilizado los signos vitales del paciente extendiéndose hasta que sea dado de alta o logre su recuperación total. (11)

Pediátrico: Parte de la medicina que se ocupa del estudio del crecimiento y el desarrollo de los niños hasta la adolescencia, así como del tratamiento de sus enfermedades. (12)

4.2 MARCO TEÓRICO

4.2.1 ¿Qué es el dolor?

El dolor es definido por la IASP (International Association for the Study of Pain) como una “experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”, y es siempre una experiencia de carácter subjetivo. Esta última característica dificulta su adecuada valoración en algunos casos, como pacientes sedados e intubados, pacientes con dificultades de comunicación, y pacientes pediátricos. (13)

4.2.2 Dimensiones del dolor

El dolor se puede considerar como una experiencia multidimensional, pues afecta a la persona a nivel cognitivo, afectivo, conductual, fisiológico, sensorial y sociocultural.

- La dimensión cognitiva y sociocultural se mezclan entre sí, y hacen referencia a las creencias de la persona y a la comunidad en la que vive y se desarrolla, a los recuerdos y a las experiencias previas, a la edad, al género y a los roles sociales y culturales.
- La dimensión afectiva comprende las respuestas emocionales que ofrecemos al dolor como la ira, el miedo, la ansiedad, etc.
- La dimensión conductual engloba aquellas acciones o actuaciones observables que las personas empleamos para manifestar su percepción: llanto, gritos y expresiones faciales o posturales.

- La dimensión fisiológica hace referencia a la existencia de un daño real que genera la liberación de sustancias químicas llamadas histaminas. Estas sustancias activan los nociceptores, receptores específicos del dolor sensibles a estímulos dolorosos, que conducen a la generación del potencial de acción o transducción. Ese potencial se transmite y continúa desde donde está la lesión, a través de la médula espinal, tronco del encéfalo, tálamo y corteza cerebral. A este proceso se le conoce como transmisión. La sensibilización forma parte del proceso de transmisión, pues un estímulo doloroso repetido genera una disminución del umbral. Al llegar a la corteza cerebral es cuando nos hacemos conscientes de que tenemos una lesión o percepción de la misma, gracias a la cual se genera una respuesta. Las neuronas vuelven a descender y liberan sustancias o mandan impulsos y acciones como respuestas que inhiben los impulsos nociceptivos. Esta parte del proceso es llamada modulación.

-La dimensión sensorial abarca aspectos como el patrón de dolor, que responde a la pregunta ¿cómo?, el área donde se encuentra el dolor ¿dónde?, la intensidad del dolor ¿cuánto? y la naturaleza o tipo de dolor. (4)

4.2.3 clasificación de dolor

Clasificación del dolor El dolor se puede clasificar en función del mecanismo fisiopatológico, la duración, la anatomía y la etiología.

Clasificación fisiopatológica

-Dolor nociceptivo: Aparece cuando una lesión tisular activa los nociceptores. Este tipo de dolor puede clasificarse como somático o visceral, dependiendo de la localización de los nociceptores activados.

-Dolor somático: causado por la activación de los nociceptores presentes en tejidos superficiales (piel, boca, nariz) o en tejidos profundos (huesos, músculos)

-Dolor visceral: causado por la activación de nociceptores localizados en las vísceras.

-Dolor neuropático: Aparece por la existencia de lesión a nivel estructural y la disfunción de las neuronas del Sistema Nervioso Central (SNC) o Sistema Nervioso Periférico (SNP), o debido al procesamiento anormal de las señales dolorosas por el cerebro o la médula espinal. (4)

4.2.4 Clasificación en función de la duración

-Dolor agudo: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible” (IASP) suele considerarse dolor agudo aquel que dura menos de 30 días.

-Dolor crónico: La IASP lo define igual que el agudo, pero su duración es superior a tres meses.

-Dolor episódico o recurrente: Aparece de forma intermitente durante un largo período de tiempo. Los episodios pueden ser de intensidad y frecuencia variables.

-Dolor intercurrente: Aumento temporal de la intensidad del dolor por encima del nivel preexistente.

-Dolor incidente o debido al movimiento: Tiene una causa identificable y puede ser producido por movimientos sencillos o que habitualmente generan dolor.

- Dolor de fin de dosis: Se produce cuando la concentración del medicamento en sangre es muy baja debido a la proximidad de la siguiente dosis.

4.2.5 Clasificación anatómica

El dolor se clasifica frecuentemente en función de su localización (cabeza, espalda, cuello, etc.) o de la función anatómica del tejido afectado (miofascial, reumático, esquelético, neurológico o vascular). Sin embargo, la localización y la función solo se ocupan de la dimensión física, y no incluyen el mecanismo. En consecuencia,

aunque puedan ser útiles en el diagnóstico diferencial, las clasificaciones anatómicas no ofrecen un marco para el tratamiento clínico del dolor.

-Clasificación en función de la etiología: Esta clasificación se basa en que la presencia y existencia del dolor se deban a una enfermedad de base de carácter maligna o no maligna. (4)

4.2.6 Neurofisiología del dolor en el niño

Diversos estudios reflejan que, desde un punto de vista anatómico, en la séptima semana de edad gestacional aparecen receptores sensoriales cutáneos en la región perioral, entre las semanas 24 y 29 se finaliza el desarrollo de las vías nociceptivos del feto, y hacia las 30 semanas de la misma, estaría completada la mielinización hacia el tálamo y la corteza cerebral. Por ello las vías anatómicas y neurosensoriales necesarias para la percepción dolorosa son funcionales desde ese momento. Para expresar el dolor, los niños (de 0 a 6 años) suelen utilizar palabras simples que aprenden de sus padres (tales como "ay"), y pueden señalar el lugar que les duele. En niños menores de 2 años es donde se encuentran las mayores limitaciones de valoración, debido a que se encuentran en la etapa pre verbal, pero pueden demostrar la existencia de dolor mediante indicadores de comportamiento o fisiológicos. La capacidad de manifestar el dolor verbalmente aparece entre los 2 y los 4 años. (4)

4.2.7 Valoración del dolor por enfermería

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería y se basa en recoger y recopilar datos que permitan planificar las intervenciones a seguir para prevenir, minimizar o eliminar el dolor. Se trata de un proceso complejo, ya que existen numerosos factores que influyen y dificultan la evaluación del mismo entre los que se encuentran la genética, el sexo, la edad, el nivel cognitivo, aspectos emocionales

como temor o ansiedad, experiencias dolorosas anteriores, factores familiares y culturales o factores del entorno; prestando especial atención a los niños más pequeños o con problemas cognitivos. Es necesaria la utilización por parte de enfermería de una herramienta que valore el dolor, confirmando su presencia y midiendo su gravedad e intensidad. También debe permitir establecer el tipo de analgesia adecuada y valorar su eficacia, ajustando el tratamiento, en caso necesario y evitando la experiencia dolorosa que condicionará el miedo y rechazo a la atención sanitaria en la vida adulta. Actualmente, no existe una técnica uniforme para valorar el dolor en los niños, fundamentalmente en los más pequeños.

Existen diferentes métodos de valoración: fisiológicos (se centran en evaluar la respuesta del organismo ante el dolor: alteraciones de la FC, FR, TA, sudoración, cambios hormonales y metabólicos, retención de orina, náuseas, vómitos...), conductuales o comportamentales (analizan el comportamiento del niño ante este) y autovalorativos o subjetivos. La elección del método siempre será determinada por la edad y el nivel cognitivo del niño. Una vez valorado, es fundamental registrarlo para poder establecer un correcto plan de actuación.

4.2.8 Instrumentos de medidas del dolor en el niño

La búsqueda de métodos que permitan medir el dolor que sienten los niños, es un objetivo fundamental en la práctica pediátrica. La medición ideal del dolor debe ser sensible, libre de sesgos, válida, simple, exacta, fiable y barata. Como se sabe esas características serían las ideales, difícil de conseguir, pero debemos buscar que tengan el mayor número posible de esas cualidades. Dependiendo de la metodología utilizada y de las posibilidades de aplicarlas, podemos disponer de tres grupos de métodos.

Métodos comportamentales o conductuales:

Están basados en la observación de la respuesta en cuanto al comportamiento del niño ante el dolor; pueden buscarse respuestas y cambios en la conducta del niño, es decir, constatando la expresión facial, el llanto que pueda tener, si hay gritos, si existe el reflejo de retirada. Son útiles para aplicar a los lactantes y niños muy pequeños.

Métodos fisiológicos o biológicos:

Se realiza la valoración de los cambios funcionales producidos en el organismo por la mediación neuroquímica producida como respuesta a la experiencia dolorosa, como por ejemplo si hay variación de la frecuencia cardíaca, de la frecuencia respiratoria, o variaciones en la tensión arterial. Son útiles para cualquier edad. (14)

Métodos autoevaluativos, autovalorativos, psicológicos o cognitivos:

Con ellos se cuantifica el dolor a través de las expresiones que el niño manifiesta; requieren un mínimo desarrollo psicomotor, por ello no son aplicables a los menores de 4 años; entre 4 y 7 años ya son fiables, y en los mayores de 7 años podemos decir que son muy válidos.

Esta utilización por edades no es tan estricta, ni los límites de edad se deben aplicar de modo tan exactos; por otra parte, muchas veces es necesario, y además muy útil, usar una combinación de diversos métodos.

Métodos conductuales

También denominados comportamentales, por estar basados, como ya dijimos, en la observación de la variación de las respuestas del niño ante el dolor, en cuanto a su comportamiento. Son útiles en la etapa preverbal del niño, es decir, en los menores de 24 meses. Cuando el dolor sea agudo hay que valorar las expresiones faciales que presenta el niño cuando tiene el dolor, su agitación, nerviosismo y, aunque por la edad sean mínimas, también valoraremos las expresiones verbales

que manifieste el niño, como por ejemplo el llanto, elemento importante en el niño pequeño, habiéndose podido diferenciar entre el llanto debido al dolor o al hambre. Con estos datos se han establecido escalas como la de CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Pain Scale) diseñada para evaluar el dolor postoperatorio en niños; o muy parecida la de FLACC aplicable a niños hasta 4 años o a niños mayores que no colaboran, en la que se miden la expresión facial, la posibilidad de consolar al niño, el llanto, la actividad y la movilidad de las piernas. (14)

Tipo de llanto	No hay llanto	1
	Hay quejidos	2
	Hay llanto claro	3
Expresión facial	Está alegre, ríe	0
	Está preocupado	1
	Hace pucheros	2
Comportamiento	Está tranquilo, inmóvil	1
	Está agitado, rígido	2
Lenguaje	No se queja	0
	Se queja pero no de dolor	1
	Está en silencio	1
	Se queja de dolor	2
Brazos	No se toca la zona lesionada	1
	Sí se toca la zona lesionada	2
Piernas	Relajadas	1
	Movimientos y golpes	2

Variación de la escala de CHEOPS

Escala conductual para niños de 1 mes a 4 años.

Escala de CHEOPS, escala frutal analógica, escala analógica de color, escala facial de dolor, escala de las fichas, escala de los (Oucher Scala) o la escala de autorepresentación.

Puntuación	0	1	2
Expresión facial	Expresión habitual Cara relajada	Arruga la nariz	Temblor del mentón Mandíbula tensa
Posibilidad de consolarle	Está a gusto de manera espontánea	Se le puede consolar	Es difícil consolarle
Llanto	No hay llanto	Gimotea, se queja	Llanto intenso
Actividad	Está acostado y tranquilo	Se dobla sobre su abdomen; encoge las piernas	Está rígido
Movimiento de las piernas	Piernas relajadas	Piernas inquietas	Pataleo intenso

Adaptada de FLACC.

Métodos fisiológicos

Son múltiples las alteraciones que el dolor puede producir en las diversas funciones del niño, que son más o menos medibles, veamos algunas agrupándolas por aparatos y sistemas orgánicos:

- Sobre el aparato circulatorio el dolor produce un aumento del tono simpático, lo que origina mayor producción de catecolaminas y en esta área aparece taquicardia, hipertensión arterial, aumento del gasto cardíaco y aumento del consumo de oxígeno por el miocardio
- En el aparato respiratorio se origina disminución de la ventilación, con riesgo de hipoxemia.
- En el aparato urinario aparece retención de orina.
- Aparato digestivo: hay un descenso de la motilidad a nivel de estómago e intestino con náuseas y vómitos por un íleo.
- Por lo que se refiere al sistema endocrinometabólico: la elevación de catecolaminas y de las hormonas catabólicas ocasiona un aumento del metabolismo y un aumento del consumo de oxígeno.
- A nivel neurológico se constata un aumento de la presión intracraneal.

No debemos olvidar las alteraciones psicológicas, sobre todo la aparición de reacciones de ansiedad y miedo. La medición de esas modificaciones sirven para valorar las variaciones producidas por el dolor en parámetros como la tensión

arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, la transpiración y las alteraciones hormonales. (14)

Métodos fisiológicos-conductuales de valoración del dolor

		Puntos
Frecuencia cardíaca	Aumenta > 20%	0
	Aumenta > 30%	1
	Aumenta > 40%	2
Presión arterial	Aumento > 10%	0
	Aumento > 20%	1
	Aumento > 40%	2
Llanto	Sin llanto	0
	Llora pero responde a los mimos	1
	Llora y no responde a los mimos	2
Movimientos	Sin movimientos no habituales	0
	Está inquieto	1
	Está muy exaltado	2
Agitación	Permanece dormido	0
	Agitación leve	1
	Está histérico	2
Postura	Impasible	0
	Flexiona piernas y muslos	1
	Se agarra el sitio del dolor	2
Verbaliza el dolor	Permanece dormido	0
	No puede localizarlo	1
	Puede localizarlo	2

Adaptada de Hannallag et al. Comparison of caudal and ilioinguinal/iliohypogastric nerve blocks for control of postorchiopexy pain in pediatric ambulatory surgery. Anesthesiology 1987;66: 832-4^(11,20)

Métodos autoevaluativos

Los métodos autoevaluativos, también descritos con los nombres de autovalorativos o de autoinforme, son los que más aceptación tienen y los más utilizados, pero siempre a partir de los 4 años de edad. Estos métodos recogen un amplio número de escalas con múltiples variaciones de las mismas, entre otras, los diferentes expertos utilizan: las escalas analógicas visuales, la escala frutal analógica, la escala analógica de color, la escala facial de dolor, la escala de las fichas, la escala de los (Oucher Scala) o la de autorrepresentación.

Intentando una sistematización, más didáctica que real, los métodos autoevaluativos más utilizados se agrupan en: proyectivos, entrevistas, escalas de intervalos, autorregistros y cuestionarios. (14)

Métodos proyectivos

Valoración por autorrepresentación poco usados en la práctica, basados en interpretación sobre láminas donde hay dibujos de un niño, o se le pide al niño que haga un dibujo de sí mismo, sobre el cual sitúa dónde y también cuánto le duele, usando para esto último diferentes colores, pues existen trabajos que muestran que el color rojo o el negro son los más utilizados por el niño para representar el dolor. Para su utilización hace falta que el niño tenga ya un buen desarrollo cognitivo.

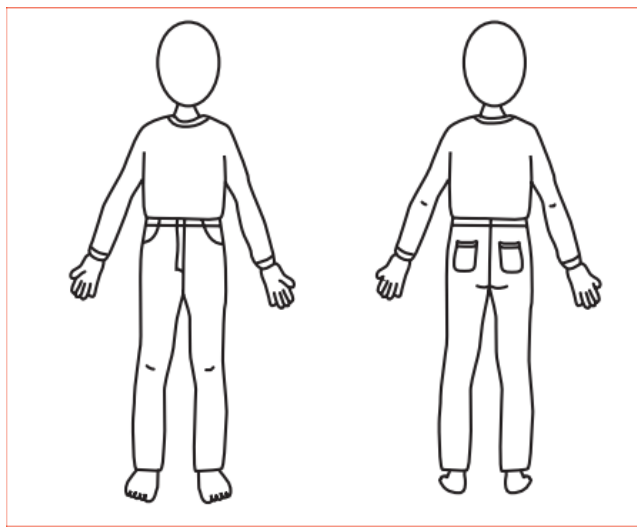


FIGURA 1. Esquema corporal del cuestionario del dolor. Tomado de Chambers y McGrath, 1998⁽¹⁵⁾.

Entrevistas estructuradas

Estas entrevistas solo se pueden usar en niños ya mayorcitos y en adolescentes, son muy sencillas de utilizar, se realizan en poco tiempo, no llega al cuarto de hora, sirven para conocer la información que sobre el dolor tiene el niño y como evaluar

el dolor que manifiesta. En teoría son útiles pues, con una serie de preguntas, se pretende evaluar de un modo completo la posible existencia de dolor y como se siente, sin centrarse en los aspectos cuantitativos. En el denominado “The Pediatric Pain Questionnaire”, se hacen al niño las siguientes preguntas sobre el dolor:

1º Dime tres cosas que en algún momento te han producido dolor.

2º Se presenta una lista de palabras al niño y se le pide que rodee las palabras que describen el dolor.

3º Dime de qué color es el dolor.

4º Dime cómo te sientes cuando tienes dolor.

5º Acuérdate del peor dolor que hayas tenido. ¿Cómo fue? ¿Cómo te sentiste?

6º Cuando tienes dolor, ¿qué es lo que te ayuda a sentirte mejor?

7º ¿Crees que tiene algo bueno el dolor?

8º ¿En este momento sientes dolor? Si contesta que tiene dolor se le entrega un dibujo con el perímetro de una figura humana para que marque la zona donde le duele. (14)

Métodos de escalas

Como ya hemos repetido, en la práctica diaria son las más utilizadas, hay numerosos modelos, muchos de ellos variaciones personales sobre las de otro autor. Con ellas el niño puede transmitir diferente información sobre aspectos del dolor, como duración e intensidad del mismo, a veces sobre su localización y si la utilización es correcta sobre la respuesta obtenida si se ha aplicado algún tratamiento analgésico. Una vez más de forma didáctica, las escalas se agrupan en dos tipos, las numérico-verbales y las visuales analógicas.


a) Escalas numéricas verbales

En ellas se puede reflejar la intensidad del dolor a intervalos, bien numéricos que suelen ir de 0 a 10, bien con expresiones verbales, que van desde nada de dolor, hasta dolor intenso. Entre estas escalas numérico-verbales se pueden situar las siguientes, alguna de las cuales se encuentran dibujadas en el protocolo de valoración utilizado en el Hospital Niño Jesús de Madrid.

Escala numérica del dolor: consiste en una línea continua con intervalos regulares que se numeran desde 0 hasta 10, los niños evalúan su dolor designando el 0 como ausencia de dolor y el 10 como el máximo dolor posible.

- **Distintas variaciones:** que se diferencian por ser distinta la numeración máxima de la escala, que sigue siendo ascendente desde cero, pero hasta cinco o hasta siete. (14)

- **Escala Likert:** esta escala tiene 5 niveles cada uno de ellos va unido a una palabra: nada, poco, medio, bastante, máximo, sobre ellas el niño refleja el aumento de grado de dolor que percibe.

1 mes-3 años: escala fisiológico-conductual**			> 3 años: escalas subjetivas	
Parámetro	Valoración	Puntos	Edad	Escalas
TAS basal	↑ < 20%	0	3-7 años	a) Dibujos faciales: 😊 0 😐 = 1-2 😞 = 5 😡 = 6-8 😱 = 9-10
	↑ 20-30%	1		
	↑ > 30%	2		
Llanto	Ausente	0	7-12 años	b) Escala de color: No dolor  Máximo dolor
	Consolable con palabras-caricias	1		
	No consolable	2		
Actividad motora espontánea	Dormido - Jugando - Tranquilo	0	a) Numérica: No dolor 0 2 5 8 10 Máximo dolor	
	Moderada - Controlable	1		
	Intensa - Incontrolable	2		
Expresión facial	😊 😐	0	b) Analógica visual: No dolor Máximo dolor	
	😞 😡	1		
	😱	2		
2-3 años Evaluación verbal	No expresa dolor	0	c) Verbal: No dolor - Dolor leve - Dolor moderado - Dolor intenso - Dolor insoportable	
	Incómodo - Duele sin localizar	1		
	Se queja y localiza dolor	2		
< 2 años Lenguaje corporal	Dormido - Postura normal	0	> 12 años	a) Numérica: 0 2 5 8 10 b) Analógica visual: c) Verbal: No dolor - Dolor leve - Dolor moderado - Dolor intenso - Dolor insoportable
	Hipertonía-Miembros agarrotados	1		
	Protege o toca zona dolorosa	2		
Puntuación: 0 = no dolor; 1-2: leve; 3-5: moderado; 6-8: intenso; 9-10: insoportable				
<small>*1 mes-3 años: escalas conductuales; 3-7 años: escalas subjetivas cotejando con conductuales; > 7 años: escalas subjetivas. Si en una determinada edad se duda de la valoración, pasar a un grupo de edad inferior. **Puede emplearse en pacientes no relajados, con nivel de consciencia disminuido o déficit neurológico.</small>				

b) Escala de los vasos: con un esquema de 5 vasos numerados del 1 al 5, coloreados a distintos niveles que expresan desde nada de dolor hasta el máximo dolor, para que el niño señale el más acorde con el dolor que siente.

- Termómetro del dolor: consistente en un dibujo del termómetro clásico de mercurio con una numeración ascendente de 0 a 10, para que el niño coloree el nivel del termómetro de acuerdo a su percepción del dolor que padece. (14)

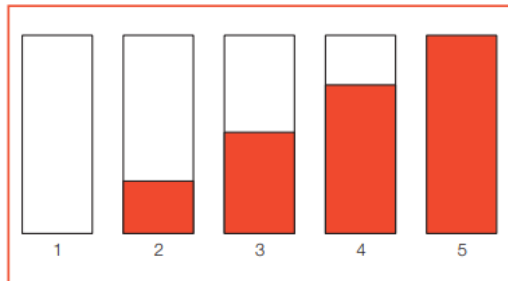


FIGURA 2. Escala de valoración del dolor de los vasos. Tomado de Whaley y Wong, 1987⁽¹⁵⁾.

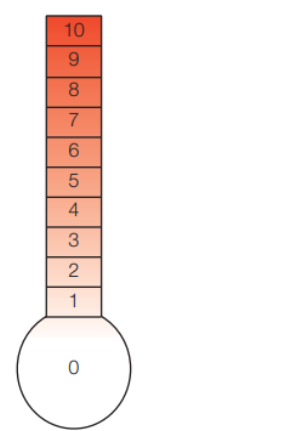


FIGURA 3. Termómetro del dolor. Tomado de Wicks-Nelson e Israel, 1997⁽¹⁵⁾.

c) Escalas visuales analógicas

Útiles para niños mayores de 4 años, o edades parecidas como diremos más adelante; tienen la ventaja de que no hace falta que el niño comprenda bien los números o las palabras unidas al dolor; algo importante es que la escala que se utilice esté bien validada. También existen múltiples variaciones, algunas de las más utilizadas son:

- **Escalas de dibujos faciales (Facial scale):** probablemente son las más extendidas, las más utilizadas y siempre presentes en los protocolos que usan diversos métodos de medida de dolor. Están formadas por dibujos de una cara, generalmente hechos por niños, expresando diferentes grados de dolor, para que el niño elija el más feliz posible o el más triste posible de acuerdo con el dolor que siente; usadas también para medir la ansiedad. Se valora el dolor sobre un cierto número de dibujos de caras, generalmente entre 5 y 10, realizadas con distintos

gestos mímicos de bienestar o malestar, situados de manera progresiva desde bienestar a malestar, es decir, desde ausencia de dolor a dolor intenso, explicándole al niño lo que significa, se le pide que valore su dolor indicando cuál es la cara que mejor le representa. (14)

- Escala Facial de Dolor (Faces Pain Scale) de Wong-Baker, el número de caras que utiliza son seis, suele acompañarse cada cara de una graduación numérica para convertir la cara que indicar el niño en un número; la puntuación de las seis caras es 0, 2, 4, 6, 8, 10, donde 0 es sin dolor, 2 dolor leve, 4-6 dolor moderado y 8-10 dolor intenso.

Existen numerosas adaptaciones de estas escalas, en las que además de la forma de expresión de los dibujos suelen variar el número de caras, y su uso depende muchas veces de la experiencia tenida con cada una y de la validación que tienen. Algunas de ellas son:

- Escala de las nueve caras. Formada por nueve caras claramente diferenciadas, cuatro de ellas expresan diversas y descendentes expresiones de confort, seguidas de una cara que se puede considerar neutra y a continuación otras cuatro que de modo ascendente muestran cada vez mayor grado de disconfort; se les asocia una valoración numérica que facilita la cuantificación del dolor y que ha sido medidos con diversos estudios comprobándose que puede ser utilizado por niños desde los 5 años de edad de una manera similar a la escala visual analógica de 10 cm.

- Escala de las siete caras: elaborada por el Prince of Wales Children's Hospital de Australia, desde los años 90, muy difundidas por las siete caras que dibujan y que igualmente expresan diversos intervalos de confort o disconfort. (14)

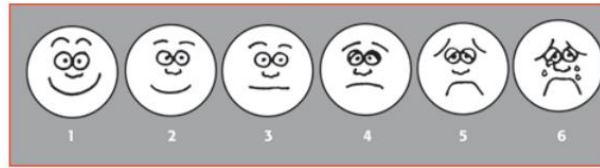


FIGURA 4. Escala de dibujos faciales⁽¹⁾.

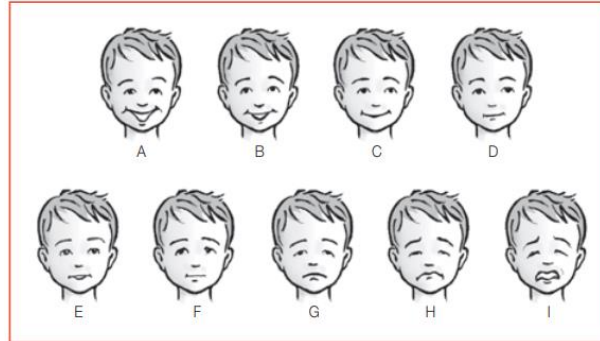


FIGURA 5. Escala de las nueve caras^(8,20).

- Escala de los < Ay> o de Oucher: desarrollada por Beber y cols. Escala numérica vertical con seis fotografías de un niño con diferentes muestras de dolor creciente, desde la más tranquila a la más intensa que se le ve gritando de dolor, cada una de las caras está unida a un número que va del 0 al 100, pudiendo usar el niño, bien los números, si comprende bien las cifras, bien señalando la cara, pues se utiliza con niños de 3 a 12 años. (14)

Escala visual analógica: consiste en una línea de 10 cm, en uno de los extremos se sitúa “nada de dolor”, y en el otro el “peor dolor que puedas tener”, una vez comprobado que el niño comprende la escala, lo que se pretende es que sitúe su dolor sobre ella; se puede utilizar tanto para medir el dolor que el niño siente como para medir el alivio del mismo debido a la evolución espontánea o postoperatoria. Un ejemplo lo vemos en la Tabla 5. Sobre esta escala hay evidencia de que existe una correlación significativa con los indicadores conductuales.

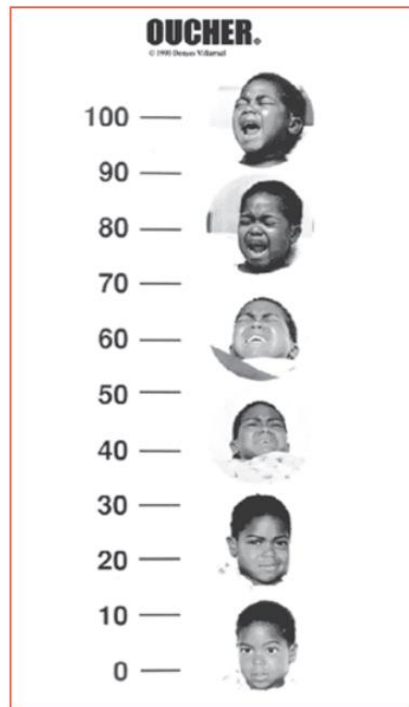


FIGURA 6. Escala de Oucher^(15,20).

- Escala frutal analógica: en la que se representan frutas de diversos tamaños que se sitúan en orden creciente. El niño elige la fruta según el tamaño del dolor, relacionando el tamaño de la fruta con el del dolor, lo que le resulta fácil al ser dibujos conocidos, situando la intensidad más o menos grande del dolor que siente, con el tamaño mayor o menor de la fruta. (14)

Escala de los colores de Eland: escala con ocho colores que representan distintas intensidades de dolor, que van desde nada de dolor, hasta el peor dolor posible, el niño elige el color de acuerdo con la situación ascendente en la que están colocados.

- Escala visual analógica de color: emplea la mayor cantidad de color elegida por el niño como reflejo de la cantidad de dolor que siente; realizándolo sobre un paralelogramo con la parte inicial de color más estrecha que va creciendo hasta el extremo contrario donde está la parte más ancha de color.
- Escala de las fichas de póker: El juego consiste en cuatro cartas de baraja conteniendo puntos blancos y rojos, diseñadas de tal forma que el máximo son cuatro puntos rojos, los cuales suponen el mayor dolor posible; el niño debe elegir

el color con el número de puntos, que según él representan el dolor que siente; muy útil desde los 3 a los 13 años. (14)

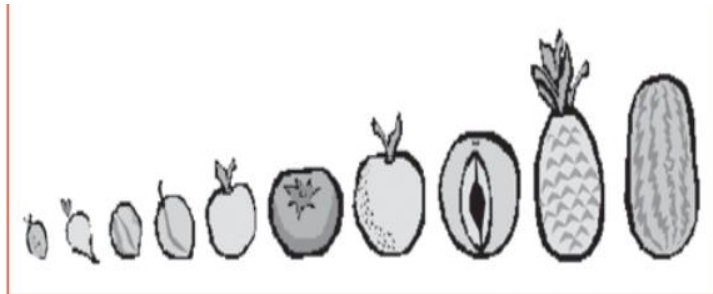


FIGURA 7. Escala frutal analógica.

Tratamiento del dolor Intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor en Pediatría

Pueden contribuir de forma importante a disminuir la ansiedad del niño. En nuestra consulta los podemos usar para disminuir el dolor en relación a procedimientos, pero podemos aconsejar e instruir a los padres para su uso en domicilio.

- Presencia de los padres en todo momento de la atención de sus hijos. La presencia de las familias no aumenta la angustia y no debe afectar a nuestras habilidades.
- Explicar al niño y a las familias el procedimiento que se va a realizar.
- Ambiente tranquilo y adecuado a la edad pediátrica.
- Lactantes: succión no efectiva, realización de procedimientos mientras el niño lacta al pecho, piel con piel (método canguro). Administración de soluciones de sacarosa en boca con jeringa, en el chupete, impregnando el dedo, etc.
- El comportamiento del personal sanitario debe ser calmado; evitar conversaciones inadecuadas tanto con compañeros como con los padres que puedan poner nervioso al niño (por ejemplo, “pobre esto le va a doler mucho”).

- Distracción del niño durante un procedimiento doloroso. Técnicas de distracción según la edad del niño.
- Estimular una respiración rítmica, acompañando o indicando al niño o soplando burbujas.
- Música
- Distracción mediante videojuegos, películas, juguetes, cuentos.
- Hablar de algo de interés para el niño, intentando que olvide el procedimiento.
- Jugar con la imaginación. En todo esto pueden participar activamente las familias cantando o hablando con el paciente.
- Contraestimulación. Tocar o frotar un área cercana a donde se ha producido o se va a producir el dolor.
- Mantener al niño lo más quieto posible.
- Recompensas.
- Uso de dispositivos que asocian frío/vibración. El frío, a vibración junto con la distracción pueden ayudar a aliviar el dolor provocado por procedimientos menores poco dolorosos. (15)

4.2.9 Manejo del dolor infantil por el profesional de enfermería

Medidas no farmacológicas de reducción del dolor

Las medidas no farmacológicas son de gran utilidad en el ámbito pediátrico y deben estar presentes en cualquier procedimiento diagnóstico-terapéutico. Los profesionales de enfermería deben estar familiarizados con estas medidas a fin de que el paciente se mantenga lo más confortable posible, disminuyendo la ansiedad y mejorando la tolerancia del niño a las intervenciones. Para ello existen múltiples técnicas dependiendo de la edad del paciente; proporcionar un ambiente adecuado y tranquilo y permitir la presencia de los padres durante el procedimiento son elementos clave durante toda la infancia (así como evitar manipulaciones y procedimientos dolorosos innecesarios. Además, se pueden aplicar diferentes métodos:

Sacarosa, glucosa y soluciones edulcoradas: la sacarosa es la medida más utilizada en procedimientos dolorosos cortos, como la venopunción o la punción de talón, ya que produce un efecto analgésico debido a la liberación de opioides endógenos. A partir de los 6 meses de vida, estas medidas carecen de utilidad. El efecto analgésico y calmante aumenta si se acompaña de succión no nutritiva.

Lactancia materna: la presencia de la madre, el contacto piel con piel, la succión y el sabor dulce de la leche proporciona en el bebé un efecto analgésico debido al aumento de las beta-endorfinas. Disminuye el dolor de procedimientos menores administrada 2 minutos antes y durante la intervención.

Succión no nutritiva: se emplea en procesos dolorosos cortos como los mencionados anteriormente. Estimula los receptores orotáctiles y mecanorreceptores que activan la analgesia endógena. Su eficacia es inmediata pero cesa al dejar de succionar. (16)

Método madre canguro: permitir que la madre esté presente durante el procedimiento y coja o acaricie al niño proporciona estabilidad fisiológica y disminuye el dolor tras procedimientos menores

Maniobras de distracción: consiste en dirigir la atención a estímulos diferentes al procedimiento doloroso. Estas técnicas pueden consistir en leer, jugar, escuchar música o ver la 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 puede resultar útil la aplicación de frío o calor en el lugar indicado. (16)

Estimulación transcutánea: consiste en aplicar electricidad de bajo voltaje a través de unos electrodos colocados sobre la piel (1). Está indicado en mayores de 4 años (16).

Técnicas de relajación: el control de la respiración es una técnica de relajación que permite disminuir la ansiedad que provoca un aumento de la sensación dolorosa. La relajación, contribuye al descenso del ritmo cardiaco, el consumo de oxígeno y la presión arterial.

Imaginación guiada: esta técnica consiste en evocar imágenes para que se recreen situaciones agradables. Sus efectos son similares a los de la relajación.

Hipnosis: mediante la hipnosis, se altera la percepción y la conciencia, lo que genera una disminución de la sensibilidad ante el estímulo doloroso.

Sugestión: esta técnica consiste en explicar al niño que un objeto tiene la capacidad de disminuir su padecimiento.

Bloqueo del pensamiento: este método consiste en recordar los aspectos positivos de otro episodio doloroso sufrido anteriormente.

Sistema de recompensas: la finalidad, es relacionar el dolor con un episodio premiado. Si el niño cumple determinados comportamientos se le premia, por el contrario si no coopera, no debe ser castigado.

Información: en escolares, es fundamental informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar y lo que va a sentir, tratando de que lo comprenda. Esto dependerá de la capacidad de su capacidad de comprensión. (16)

4.3 MARCO ÉTICO

4.3.1 Marco ético internacional

4.3.1.1 Declaración de Helsinki

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. (17)

La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

Por consiguiente, se debe tener en cuenta que la Declaración de Helsinki cuenta con once parámetros que se encargan de mantener la integridad y confidencialidad

del paciente tratando de no ocasionarle daño alguno que intente amenazar la salud física y psicológica del paciente.

Principios generales.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. (17)

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Riegos, costos y beneficios

En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos personas vulnerables.

Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas deben recibir protección específica. (17)

La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación.

El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

Comité de ética de investigación.

El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

De igual manera el investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, y más aún cuando dentro del estudio se presentan eventos adversos que afecten la integridad de toda aquella persona que está siendo participe de dicha investigación.

También se debe tener en cuenta que no se debe realizar ninguna modificación que no esté escrita en el protocolo, sin la consideración y aprobación del comité. Una vez culminado el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal. (17)

Consentimiento informado.

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su

consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de 5/9 acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación.

Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en bio-bancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación. (17)

Principios bio-éticos universales.

Principio de beneficencia: el que hacer del profesional de la salud esta fundamenta en el principio de beneficencia y consiste en el deber de asistir a las personas que

lo necesiten; este principio está vinculado con la norma moral siempre debe promoverse el bien; por lo tanto la obligación es prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios, debe ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar la persona enferma. Los elementos que se incluyen en este principio son todos lo que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien o prevenga o contrarreste el mal o el daño; adicionalmente, todos lo que implican la omisión o la ausencia de datos que pudiesen ocasionar daño o perjuicio.

Principio de no maleficencia: Este principio está contemplado en el juramento hipocrático cuando expresa o dirige la dieta con los ojos puestos de la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y les evitaré toda maldad y daño. Este principio se trata de no hacer daño al paciente, es la formulación negativa del principio de beneficencia que nos obliga a promover el bien. Los preceptos morales provenientes de este principio son no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni discapacidades evitables. Las obligaciones derivadas consisten en realizar un análisis, riesgo/beneficio ante la toma de decisiones específicamente en el área de la salud y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte. Se trata de respetar a integridad física psicológica de la vida humana.

Principio de la autonomía: La autonomía tiene su valor al ser una reafirmación de una de los rasgos fundamentales de la persona y por principio porque tiende a promover el bienestar del sujeto al permitirle a selecciona lo que considere que es mejor para él. (17)

Principio de Justicia: Justicia e define como el elemento fundamental de la sociedad, por lo tanto se considera que algo justo cuando su existencia no interfiere con el orden al cual pertenece, el que cada cosa ocupe su lugar. El principio d justicia en un sentido general, está relacionado con la concepción de la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad y el estado. Este principio también está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que

necesita, de la cual se deriva diversas obligaciones, como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de la salud.

Pautas éticas

Pauta ética n°12: Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud.

“Cuando se almacenan datos, las instituciones deben contar con un sistema de gobernanza que les permita solicitar autorización para el uso futuro de estos datos en una investigación. Los investigadores no deben afectar adversamente los derechos y el bienestar de las personas de quienes se recolectaron los datos.” (17)

4.3.1.2 PAUTAS DE CIOMS

El Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) ha establecido pautas desde 1982 para guiar la implementación de principios éticos que rijan la conducta de la investigación en seres humanos, según lo indica la Declaración de Helsinki, al ser aplicados en los países en desarrollo, teniendo en cuenta sus condiciones socioeconómicas y las leyes, regulaciones y disposiciones ejecutivas y administrativas. (21)

Estas pautas se refieren no solamente a investigación biomédica con seres humanos, sino también a la sociológica. Se considera como investigación todo estudio cuyo propósito sea producir nuevo conocimiento generalizable, incluyendo las investigaciones de estudios médicos (procesos; respuesta a intervenciones; ensayos controlados de intervenciones diagnósticas, preventivas o terapéuticas; determinación de consecuencias de intervenciones preventivas o terapéuticas) y de comportamiento relativos a la salud humana. Se diseña el protocolo de investigación para aumentar el conocimiento objetivo de la realidad por medio de teorías, principios y relaciones de causalidad, que pueden ser corroborados y aceptados por la observación y la inferencia científica.

Composición de los Comités (21)

Los comités pueden ser de carácter nacional o local. Entre sus características imprescindibles están:

1. La independencia. Los comités de evaluación deben ser independientes de los investigadores que lo solicitan para evitar conflictos de intereses.
2. La multidisciplinariedad. Entre los miembros de un comité de evaluación científica debe incluirse el suficiente número de expertos que cubra todas las áreas que aparecen en el diseño de la investigación propuesta, por ejemplo, profesionales de las áreas de estadística, epidemiología, biología molecular, ciencias sociales y del campo de la salud. Siguiendo las pautas, entre los miembros de un comité de evaluación ética debe incluirse a científicos, médicos, abogados, profesionales de la salud, especialistas en ética, religiosos y miembros legos calificados para representar los valores culturales y morales de la comunidad, y asegurar que los derechos de los sujetos serán respetados. Deben estar representados, tanto hombres como mujeres, y un rango suficiente de personas que interpreten los diferentes valores culturales y éticos en una sociedad pluralista. La presencia de estas personas legas ayuda a entender aspectos comunitarios de costumbres y tradiciones que podrían entrar en conflicto con el tipo de investigación que se propone, de forma que siempre se han de respetar los derechos y el bienestar de las personas que van a ser potenciales sujetos; asimismo, puede variar la forma de obtener consentimiento informado, lo que puede ser considerado como incentivo indebido, y la forma de salvaguardar la confidencialidad de datos que pueden ser considerados más o menos privados o sensitivos para las diferentes culturas. Los comités también deben asegurar que haya una forma establecida de control de los datos durante el desarrollo de la investigación.

Requisitos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

Para ayudar a evaluar la ética de las propuestas de investigación que involucran a seres humanos, seguimos los siete requisitos éticos propuestos por Ezekiel Emanuel incluimos, en cada uno, los aspectos que son considerados por las pautas CIOMS 2002:

1. Valor

Se trata de emitir un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. Se evalúa que la intervención conduzca a mejoras en la salud, bienestar, genere conocimiento, sea un estudio preliminar para desarrollar una intervención o probar una hipótesis. Las razones para emitir este juicio confirman que los recursos son limitados (dinero, espacio, tiempo) y, por tanto, es necesario que exista un uso responsable de la investigación sin que suponga un gasto indebido para la sociedad; se debe evitar la explotación innecesaria de personas sujetos de investigación y no exponer a los seres humanos a riesgos y daños potenciales a menos que se esperen resultados valiosos de beneficio personal o social. (21)

Se debe justificar la necesidad de que se lleve a cabo en seres humanos, habiendo pasado pruebas de laboratorio y/o en animales.

2. Validez científica

Para que haya validez científica se debe vigilar que:

- A. El estudio sea original y significativo científicamente; exista idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio; sea prácticamente realizable; pueda alcanzar conclusiones válidas con la menor exposición posible de los sujetos; posea diseño, objetivo y metodología científica válidos, y un plan de análisis de datos.
- B. Se garantice que los profesionales que realicen el estudio tengan suficiente competencia científica en cuanto a experiencia y entrenamiento en las técnicas que se usarán. Se han de tener en cuenta las obligaciones de los investigadores y el trabajo realizado previamente.

- C. Se valide que las condiciones del lugar donde se lleva a cabo la investigación sean adecuadas.
- D. Haya provisión de toma de registros y medidas para evaluar el progreso y la calidad de la investigación.
- E. Se justifique científicamente la necesidad y aceptabilidad del uso de controles alternativos a intervenciones de efectividad comprobada, en el caso de investigaciones clínicas que los empleen.
- F. Se asegure que la publicación de los resultados de la investigación sea veraz, consistente y justa.

3. Selección equitativa del sujeto

La identificación y selección de potenciales sujetos debe ser equitativa en cuanto a la distribución de cargas y beneficios. Esto se justifica por el principio de la equidad distributiva: los beneficios y cargas de la vida social deben ser distribuidos equitativamente. Para ello se debe cuidar que:

- A. Se seleccionen grupos específicos relacionados con la interrogante científica de la investigación. Evitar, si no es imprescindible, la elección de grupos vulnerables (estigma, impotencia), a menos que sea necesario para la naturaleza de la investigación. Las pautas consideran vulnerable al sujeto que tiene una incapacidad sustancial para proteger intereses propios debido a impedimentos como: ineptitud para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Son grupos vulnerables en la investigación los discapacitados, niños, ancianos, enfermos mentales, presos, minorías y poblaciones de países subdesarrollados en quienes se realizan proyectos que no se pueden llevar a cabo en los países industrializados.

- B. A todos los grupos se les ofrezca oportunidad de participar, a menos que presenten factores de riesgo que restrinjan su elegibilidad.
- C. Los seleccionados estén en condiciones de beneficiarse si la investigación proporciona un resultado positivo (aplicación a la salud y bienestar de grupos específicos). A menos que hubiera razones científicas o potencial de daño para excluirlos.
- D. La selección de sujetos esté diseñada para reducir al mínimo los riesgos, a la vez que se maximicen los beneficios sociales y científicos de los resultados de la investigación.
- E. Se justifique la exclusión de grupos o comunidades y la inclusión de grupos vulnerables. El uso de sujetos vulnerables queda debidamente fundado si se demuestra que el proyecto de investigación beneficia directamente a la población de posibles sujetos, hubo consulta comunitaria y fue aceptado, y se incluye a los menos vulnerables del grupo o población. En el caso de enfermos mentales, se obtiene consentimiento en períodos lúcidos de los pacientes.
- F. Se seleccione el número mínimo de sujetos suficiente para realizar análisis estadístico. (21)
- G. Se acepte la investigación biomédica de mujeres en edad reproductiva y de mujeres embarazadas, siempre que se informe de los posibles peligros asociados, haya consentimiento informado, atención médica requerida, se respeten los valores de los potenciales sujetos, no se exponga a riesgos innecesarios a la mujer o al feto.

4. Proporción favorable de riesgo-beneficio

Desde el punto de vista ético, siempre es posible que los pacientes decidan perjudicando a sus propios intereses y bienestar. Por este motivo, por los principios de beneficencia y no maleficencia, se debe establecer límites a la posibilidad de que

los potenciales sujetos de investigación acepten riesgos desproporcionados. En ese sentido, al comité de ética en investigación y al equipo de investigadores les corresponde evaluar cada protocolo ponderando si en él:

- A. Los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan. Es preciso justificar los riesgos que no son evitables, puesto que se respeta la integridad física y emocional de los sujetos de investigación; en consecuencia, se debe cuidar que el riesgo no sea superior al mínimo. Se estima que un riesgo es mínimo cuando el estudio es de tales características, que la probabilidad y magnitud del daño o malestar previsto en la investigación no es mayor, en sí mismo, que aquellos comúnmente afrontados en la vida cotidiana o durante el desempeño de exámenes o pruebas físicas o psicológicas de rutina. El investigador tiene que ponderar los riesgos potenciales y beneficios para el sujeto; luego, para la clase a la cual pertenece, y, finalmente, para la sociedad; incrementos leves de riesgo sólo se justificarían si existiera una fundamentación científica o médica superior.
- B. Los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximizan. En investigación clínica se busca el beneficio de los sujetos de investigación y de pacientes similares.
- C. Los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos asumidos. El beneficio principal es para la sociedad, pero también se considera el beneficio para el individuo. (21)
- D. Hay previsión de compensación, indemnización y tratamiento de los sujetos en caso de lesión o muerte atribuibles a los procedimientos de investigación. Los sujetos deben tener garantía de protección por reacciones adversas.
- E. Se establecen formas de compensación que se ofrecerán a los investigadores y a los sujetos de investigación por su participación.

- F. Hay medidas de protección de sujetos vulnerables, evitando la discriminación.
- G. Se establecen criterios para que no se continúe con la investigación, tanto para finalizar el estudio como para que no se prosiga en sujetos individuales.
- H. Se proporcionan, en el caso de investigación clínica, los datos toxicológicos y farmacológicos adecuados para el tipo y dosis de medicamento o dispositivo que se pretende implantar, la duración del tratamiento y se garantiza la seguridad de su empleo en el ser humano.
- I. En el caso de investigación de medidas terapéuticas o de prevención, se asegura que las intervenciones de la investigación estén disponibles en el país anfitrión una vez establecida su efectividad y seguridad.

Como regla general, la investigación que involucra a pacientes no debe implicar más que el mínimo riesgo para que sea éticamente aceptable. No obstante, hay excepciones a esta regla cuando:

- Hay un beneficio potencial muy grande para un determinado individuo.
- El sujeto es voluntario sano y entiende bien lo que implica la investigación y desea participar.
- El riesgo del procedimiento de investigación es mínimo en comparación con los riesgos que ya están comprendidos en el proceso de la misma enfermedad.
- La enfermedad en estudio es una enfermedad importante.
- Hay un gran potencial de beneficio en términos del conocimiento adquirible por la investigación.
- No hay otro medio de obtener tal conocimiento. (21)

5. Evaluación independiente

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- A. Efectuar una evaluación independiente para evitar conflictos de intereses, ya que la responsabilidad es social.
- B. Indicar fuentes de financiamiento y administración de recursos y, de este modo, clarificar posibles conflictos de intereses.
- C. Los comités de evaluación no pueden aceptar pagos, exclusivamente, para la aprobación o autorización de un protocolo de investigación.
- D. Garantizar que el estudio se encuentra dentro de los lineamientos legales.

6. Consentimiento informado

El consentimiento informado se justifica por el principio de respeto a las personas y a sus decisiones autónomas. Los individuos sólo participarán cuando la investigación sea compatible con sus valores, intereses y preferencias, ya que la decisión debe ser libre. Es necesario informar sobre la finalidad, riesgos, beneficios y alternativas a la investigación, para que el sujeto tenga los suficientes elementos de juicio para tomar su decisión. Los comités tienen la responsabilidad de evaluar la información escrita que se entregará a los posibles sujetos de investigación "o, en su defecto, a su representante legal", sobre las características del ensayo y la forma en que se proporcionará dicha información, considerando los posibles intereses del paciente.

Los patrocinadores e investigadores tienen el deber de:

- Describir el procedimiento de obtención de consentimiento informado teniendo en cuenta factores culturales y de vulnerabilidad, y evaluando la claridad y comprensibilidad para los sujetos.
- Comunicar al posible participante toda la información necesaria para que otorgue un consentimiento debidamente informado. (21)

- Ofrecer al posible participante una oportunidad plena para plantear preguntas y estimularlo a que lo haga.
- Excluir la posibilidad de engaño injustificado, influencia indebida o intimidación
- Procurar el consentimiento sólo después de que el posible participante tenga un conocimiento suficiente de los hechos pertinentes y de las consecuencias de su participación, y haya tenido suficiente oportunidad de considerarla.
- Como regla general, obtener de cada posible participante un formulario firmado como prueba de su consentimiento informado.
- Renovar el consentimiento informado de cada participante si ocurren cambios importantes de las condiciones o procedimientos de la investigación, y en el caso de estudios longitudinales de larga duración.
- Para algunas culturas es necesario consultar a líderes de la comunidad, además de obtener consentimiento informado individual.

Para que el proceso del consentimiento informado sea ético, es indispensable considerar que se tengan en cuenta los elementos que lo constituyen:

A. La información. El sujeto debe contar con información suficiente y adecuada. Con este fin, nada mejor que proporcionarle una hoja informativa como soporte de la descripción oral. A este respecto, se considera como información estándar general proveer los siguientes datos:

- Razones para incluir al individuo en la investigación.
- Propósito y objetivos de la investigación.
- Características de la enfermedad y su pronóstico, si se trata de investigación clínica.

- Declaración de que puede abandonar la experiencia en el momento que lo desee, sin sufrir represalias.
- Naturaleza de los procedimientos de la investigación: si se trata de invasivos o no, las molestias que producen, entre otras características. (21)
- Tipo de estudio y características del diseño.
- Duración esperada de la participación del individuo.
- Si se trata de un riesgo mayor al mínimo, cómo le serán compensados los posibles perjuicios causados.
- Accesibilidad a hallazgos de la investigación y a datos personales. En algunos casos, el comité de evaluación ética puede aprobar no revelar datos, temporal o permanentemente; en este caso se deben ofrecer razones.
- Riesgos y beneficios implicados para el individuo y para la sociedad.
- Disponibilidad de los productos o intervenciones después de finalizado el estudio.
- Intervenciones o tratamientos alternativos.
- Medidas para asegurar la confidencialidad y privacidad, y sus límites.
- Patrocinadores de la investigación, afiliación institucional de los investigadores y naturaleza y fuentes del financiamiento.
- Posibles usos de registros médicos y muestras biológicas para investigación.
- Posible uso futuro de muestras biológicas y potencial comercial.
- Si el investigador es también médico del sujeto.

- Grado de responsabilidad de proporcionar servicios médicos.
- Compensación y tratamiento por daños recibidos como consecuencia de participar en la investigación o, cuando corresponda, que no habrá compensación.
- Aprobación por un comité de evaluación ética. (21)

B. La comprensión. El investigador debe asegurarse de que el potencial sujeto de investigación haya comprendido adecuadamente la información, procurarle oportunidad de hacer todas las preguntas que sean necesarias y responder a todas sus preocupaciones. El sujeto debe tener tiempo suficiente para decidir reflexivamente. Un elemento importante de la comprensión es la competencia, determinada por las facultades mentales de conciencia (sentimiento interior por el cual una persona reconoce sus propias acciones), conocimiento (noción interior del bien que debemos hacer y el mal que debemos evitar), inteligencia (facultad de conocer y comprender, aptitud para establecer relaciones entre las percepciones sensoriales o para abstraer y asociar conceptos) y raciocinio (facultad de inferir un juicio desconocido a partir de otro u otros conocidos). Hay cuatro grupos de personas:

- Competentes.
- Incompetentes por limitaciones de conciencia (pacientes en coma o con muerte cerebral).
- Incompetentes por limitaciones del raciocinio (niños, enfermos graves, dementes o adultos mayores).
- Incompetentes por limitaciones de la inteligencia y del raciocinio (deficientes mentales).

Las pautas consideran indispensable conseguir autorización de un representante legalmente calificado o apoderado en el caso de capacidad limitada para dar consentimiento informado adecuado por incompetencia, con pautas específicas para el caso de niños pequeños, o de adultos con trastornos mentales o

conductuales severos. En el caso de niños se debe buscar su asentimiento y, en el caso de adultos con trastornos mentales, su consentimiento, si se puede, en los momentos lúcidos.

C. La libertad de elección. La ausencia de presión, influencia indebida, incentivo, intimidación o coerción para el asentimiento (abierto o encubierto). Los investigadores no deben exagerar los beneficios esperables (resultado del estudio) para el bien individual del sujeto de investigación. Es necesario procurar que el sujeto no sienta que el cuidado más esmerado y seguro de su salud está condicionado a su participación en la investigación. El consentimiento informado debe garantizar al paciente su libertad para retirarse del estudio en el momento en que lo desee, sin menoscabo de sus derechos a atención médica. El paciente no debe decidir presionado por miedo de que la confianza-lealtad del médico hacia él se modifique por el hecho de abstenerse de participar. Tampoco se debe presionar al paciente en la decisión ofreciéndole sumas de dinero. En algunos casos hay excepciones por la naturaleza de la investigación, por ejemplo, se justifica, científicamente, la necesidad de engaño o retención de información en ciertas investigaciones sociales en que se genera información sensitiva o potencialmente conflictiva para el sujeto; esto debe quedar claro para el comité de evaluación ética.

Si se omite el consentimiento informado, hay que asegurarse de que las razones expuestas estén suficientemente respaldadas, por ejemplo: que el diseño de la investigación sólo implica riesgos mínimos, y el requisito de consentimiento informado haría impracticable su realización. Posibles excepciones al requisito de consentimiento informado (sin intrusión en la intimidad y sin riesgo para el sujeto) son:

- Examen de muestras anónimas.
- Investigaciones basadas en registros médicos sobre los cuales se preserve el anonimato.
- Investigaciones hechas en el manejo de emergencias inesperadas o no programadas. (21)

7. Respeto por los sujetos inscritos

Se justifica por múltiples principios, incluido el de beneficencia y el de respeto a la autonomía. Esta norma de respeto a los sujetos que participan en la investigación implica que:

- A. Se asegure que el sujeto tendrá derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin perjuicio de que pueda seguir con tratamiento médico.
- B. Se garantice la protección de la confidencialidad y se justifiquen las posibles excepciones. Se busque, por ejemplo, omitir información que podría identificar a los sujetos.
- C. Se evite todo tipo de coerción.
- D. Se proporcione información sobre riesgos y beneficios.
- E. Se informe acerca de los resultados.
- F. No se descuide el bienestar del sujeto, ya que pueden producirse reacciones adversas.

4.3.2 Marco ético nacional

Por la cual se establecen normas para el manejo de historias clínicas.

Se consideró:

Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989. (18)

Capítulo I: definiciones y disposiciones generales.

Artículo 1.- definiciones:

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

Artículo 2.- ámbito de aplicación

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

Artículo 3.- Características de la historia clínica

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria. (18)

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Artículo 4.- obligatoriedad del registro

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución. (24)

Artículo 9.- identificación del usuario

Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del

domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación. (18)

Artículo 11.- anexo.

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes. (18)

Resolución número 008430 de 1993

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

ARTÍCULO 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

ARTÍCULO 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a) Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c) A la prevención y control de los problemas de salud.
- d) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- f) A la producción de insumos para la salud.

ARTÍCULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTÍCULO 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Ley de infancia y adolescencia 1098 de 2006

Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. (18)

En el título I, Capítulo I se puede encontrar los principios y definiciones de la ley de infancia y adolescencia de 1098 de 2006.

Por lo tanto, se dice que

Artículo 1º. Finalidad. Este Código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

ARTÍCULO 2º. El presente código tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado.

Artículo 3º. Sujetos titulares de derechos. Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad.

Artículo 7°. Protección integral. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos. (18)

ARTÍCULO 11° Exigibilidad de los derechos. Salvo las normas procesales sobre legitimidad en la causa para incoar las acciones judiciales o procedimientos administrativos a favor de los menores de edad, cualquier persona puede exigir de la autoridad competente el cumplimiento y el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.

ARTÍCULO 14° La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos.

Seguidamente se nombraras algunos artículos del capítulo II derechos y libertades de la Ley 1098 de 2006. Código de infancia y adolescencia.

Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente.

La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada,

acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano.

Parágrafo. El Estado desarrollará políticas públicas orientadas hacia el fortalecimiento de la primera infancia.

Artículo 18. Derecho a la integridad personal. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario. (18)

ARTÍCULO 22° Derecho a tener una familia y a no ser separado de ella. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a tener y crecer en el seno de la familia, a ser acogidos y no ser expulsados de ella.

ARTÍCULO 27° Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.

ARTÍCULO 29° Derecho al desarrollo integral en la primera infancia. La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.

ARTÍCULO 36. Derechos de los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad. Para los efectos de esta ley, la discapacidad se entiende como una limitación física, cognitiva, mental, sensorial o Instituto Colombiano de Bienestar Familiar cualquier otra, temporal o permanente de la persona para ejercer una o más actividades esenciales de la vida cotidiana. (18)

Además de los derechos consagrados en la Constitución Política y en los tratados y convenios internacionales, los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad tienen derecho a gozar de una calidad de vida plena, y a que se les proporcionen las condiciones necesarias por parte del Estado para que puedan valerse por sí mismos, e integrarse a la sociedad. Así mismo:

Al respeto por la diferencia y a disfrutar de una vida digna en condiciones de igualdad con las demás personas, que les permitan desarrollar al máximo sus potencialidades y su participación activa en la comunidad.

Todo niño, niña o adolescente que presente anomalías congénitas o algún tipo de discapacidad, tendrá derecho a recibir atención, diagnóstico, tratamiento especializado, rehabilitación y cuidados especiales en salud, educación, orientación y apoyo a los miembros de la familia o a las personas responsables de su cuidado y atención.

ARTÍCULO 46. Obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud. Son obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes:

1. Diseñar y desarrollar programas de prevención en salud, en especial de vacunación, complementación alimentaria, suplementación nutricional, 30 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar vigilancia del estado nutricional y mejoramiento de hábitos alimentarios.
2. Diseñar y desarrollar programas de prevención de las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica aguda y otras enfermedades prevalentes de la infancia.

3. Garantizar atención oportuna y de calidad a todos los niños, las niñas y los adolescentes, en especial en los casos de urgencias.

En el Libro III de sistema nacional de bienestar familiar, políticas públicas e inspección, vigilancia y control capítulo I sistema nacional de bienestar familiar y políticas públicas de infancia y adolescencia (18)

Artículo 201. Definición de políticas públicas de infancia y adolescencia. Para los efectos de esta ley, se entienden por políticas públicas de infancia y adolescencia, el conjunto de acciones que adelanta el Estado, con la participación de la sociedad y de la familia, para garantizar la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes. Las políticas públicas se ejecutan a través de la formulación, implementación, evaluación y seguimiento de planes, programas, proyectos y estrategias.

ARTÍCULO 202. Objetivos de las políticas públicas. Son objetivos de las políticas públicas, entre otros, los siguientes:

1. Orientar la acción y los recursos del Estado hacia el logro de condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y ambientales, que hagan posible el desarrollo de las capacidades y las oportunidades de los niños, las niñas y los adolescentes, como sujetos en ejercicio responsable de sus derechos.

2. Mantener actualizados los sistemas y las estrategias de información que permitan fundamentar la toma de decisiones adecuadas y oportunas sobre la materia.

Diseñar y poner en marcha acciones para lograr la inclusión de la población infantil más vulnerable a la vida social en condiciones de igualdad.

Fortalecer la articulación interinstitucional e intersectorial.

ARTÍCULO 203. Principios rectores de las políticas públicas. Las políticas públicas de infancia, adolescencia y familia como políticas de Estado se regirán como mínimo por los siguientes principios: Código de la Infancia y la Adolescencia

1. El interés superior del niño, niña o adolescente.

2. La prevalencia de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.

3. La protección integral.
4. La equidad.
5. La integralidad y articulación de las políticas.
6. La solidaridad.
7. La participación social. 8. La prioridad de las políticas públicas sobre niñez y adolescencia.
9. La complementariedad.
10. La prioridad en la inversión social dirigida a la niñez y la adolescencia.
11. La financiación, gestión y eficiencia del gasto y la inversión pública.
12. La perspectiva de género. (18)

Sentencia T- 837/08

Historia clínica. - Reserva no desaparece por fallecimiento del titular del derecho

Los cuatro requisitos mínimos para permitir el acceso a la historia clínica por parte del núcleo familiar de la persona fallecida o incapacitada para otorgar dicha autorización, son los siguientes:

- a) La persona que eleva la solicitud deberá demostrar que el paciente ha fallecido.
- b) El interesado deberá acreditar la condición de padre, madre, hijo o hija, cónyuge o compañero o compañera permanente en relación con el titular de la historia clínica, ya que la regla aquí establecida sólo es predicable de los familiares más próximos del paciente. Para el efecto, el familiar deberá allegar la documentación que demuestre la relación de parentesco con el difunto, por ejemplo, a través de la copia del registro civil de nacimiento o de matrimonio según sea el caso.
- c) El peticionario deberá expresar las razones por las cuales demanda el conocimiento de dicho documento, sin que, en todo caso, la entidad de salud o la autorizada para expedir el documento pueda negar la solicitud por no encontrarse conforme con dichas razones. A través de esta exigencia se busca que el interesado asuma algún grado de responsabilidad en la información que solicita, no frente a la

institución de salud sino, principalmente, frente al resto de los miembros del núcleo familiar, ya que debe recordarse que la información contenida en la historia clínica de un paciente que fallece está reservada debido a la necesidad de proteger la intimidad de una familia y no de uno sólo de los miembros de ella. (18)

d) Finalmente y por lo expuesto en el literal anterior, debe recalcar que quien acceda a la información de la historia clínica del paciente por esta vía no podrá hacerla pública, ya que el respeto por el derecho a la intimidad familiar de sus parientes exige que esa información se mantenga reservada y alejada del conocimiento general de la sociedad. Lo anterior, implica que no es posible hacer circular los datos obtenidos y que éstos solamente podrán ser utilizados para satisfacer las razones que motivaron la solicitud. Acreditado el cumplimiento de estos requisitos, la institución prestadora de servicios de salud o, de manera general, la autoridad médica que corresponda, estará en la obligación de entregarle al familiar que lo solicita, copia de la historia clínica del difunto sin que pueda oponerse para acceder a dicho documento el carácter reservado del mismo”.

4.4 MARCO LEGAL DISCIPLINAR

Ley 266 de 1996

Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia, y se dictan otras disposiciones.

Principios de la práctica profesional

Son aquellos principios y valores de la práctica profesional de enfermería, fundamentales que la Constitución Nacional consagra y orienta el sistema de salud a la seguridad social de los colombianos.

Son principios de la práctica de enfermería:

1. Integridad: Orienta al proceso del cuidado de enfermería a la persona, familia y sociedad con una visión unitaria.

2. Individualidad: Asegurar un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y valores de la persona, familia y comunidad. Para así comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado humanizado, sin ningún tipo de discriminación.

3. Dialogicidad: Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, como un elemento esencial para el proceso del cuidado de enfermería; para proporcionar relaciones interpersonales que conlleven al dialogo participativo en el cual la persona, comunidad, exprese con libertad y confianza sus expectativas de cuidado.

4. Calidad: Orienta al cuidado de enfermería a prestar una ayuda eficiente a la persona, y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. (19)

5. Continuidad: Orienta a implementar la organización del trabajo de enfermería para dar cuidados a la persona, comunidad sin interrupción temporal en los períodos de salud y de enfermedad.

Definición y propósito

La enfermería es una profesión liberal, y además una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, familia y la comunidad, con sus características socioculturales, necesidades y derechos, así como también el ambiente físico y social influye en la salud y en el bienestar.

Tiene como propósito promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, y contribuir a una vida digna de la persona.

Su práctica es fundamentada en los conocimientos sólidos y actualizados en las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, en sus propias teorías y tecnologías.

Su fin es brindar un cuidado integral de salud a la persona, ayudar a mantener prácticas de vida saludables en todas las etapas de la vida.

Ámbito del ejercicio profesional

El profesional de enfermería, ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multi-profesional y trans-disciplinaria, mediante las habilidades adquiridas en su formación universitaria, la experiencia, la investigación y la educación continua. Este profesional de enfermería lleva a cabo sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla.

Consejo técnico nacional de enfermería

Es un organismo de carácter permanente de dirección, consulta y asesoría del Gobierno Nacional en los entes territoriales y de las organizaciones de enfermería, con relación a las políticas y el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia.
(19)

Funciones

1. Analizar las necesidades de enfermería de la población colombiana.
2. Proponer las políticas y disposiciones para la formación, actualización, distribución y empleo del recurso humano de enfermería.
3. Definir criterios para establecer estándares y normas de calidad para brindar el cuidado.
4. Definir los planes mínimos de dotación de los servicios de salud con relación al personal de enfermería.

Elaborar planes proyectivos para la atención de enfermería.

6. Dar alineamientos para el desarrollo de la investigación.
7. Establecer criterios para asegurar condiciones laborales adecuadas, y seguridad en el ejercicio profesional.
8. Establecer requisitos para ser miembro del Tribunal de Ética de Enfermería.
9. Reglamentar los consejos técnicos departamentales.
10. Dar su propio cumplimiento y organización.

Integración

El Consejo Técnico Nacional de Enfermería está integrado por:

1. El Ministerio de Salud o su delegado.
2. El Ministerio de Educación o su delegado.
3. Dos representantes de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC.
4. Dos representantes de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN.
5. Un representante de la Asociación de Usuarios de los Servicios de Salud. (19)

Tribunal nacional ético de enfermería

Se crea con la autoridad para conocer de los procesos disciplinarios, ético-profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la enfermería en Colombia.

Funciones

1. Derogado por el art. 74 de la ley 911 de 2004. Numeral 1.
2. Abrir las investigaciones de oficio, o solicitadas por las personas naturales o jurídicas, debido a faltas en el ejercicio de enfermería.
3. Seleccionar peritos idóneos para realizar las investigaciones de los casos relacionados con las faltas en la práctica de enfermería.
4. Establecer el procedimiento para que las personas naturales y jurídicas eleven sus quejas y solicitudes.
5. Establecer las categorías de sanciones y criterios para su aplicación.
6. Notificar al Ministerio de Salud, a las entidades formadores del personal de enfermería, las faltas de mayor ocurrencia en el ejercicio de la práctica de enfermería.
7. Establecer los procedimientos, recursos y fallos necesarios para la investigación y juzgamiento.

8. Mantener coordinación en los Tribunales de Ética de las profesiones de salud y afines.
9. Crear y reglamentar la creación de los tribunales de Ética de Enfermería Departamentales.
10. Presentar al Ministerio de Salud y a los entes territoriales, el presupuesto anual para el funcionamiento del tribunal.
11. Darse su propio reglamento y organización. (19)

Inscripción y registro del profesional de enfermería en Colombia

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC es el organismo autorizado para realizar la inscripción y el registro único nacional, de quien ejerce la profesión de enfermería en Colombia.

Requisitos para el registro

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, registrara como profesionales de enfermería a quien cumpla con los siguientes requisitos:

1. Acredite el título universitario de enfermera expedido por una institución de educación superior universitaria colombiana, reconocida por el Gobierno Nacional.
2. Acredite la convalidación del título universitario de enfermera, expedidos por universidad extranjera.
3. Quien con anterioridad a la vigencia de la presente ley haya obtenido tarjeta como profesional universitario de enfermería, expedida por el Ministerio de Salud o las secretarías de salud respectivas.

Registro como profesional de enfermería post graduado

La ANEC registrara al profesional de enfermería post graduado, al profesional de enfermería que acredite el título postgrado correspondiente, expedido por la universidad reconocida por el Gobierno Nacional.

Acreditación de los programas de formación de los profesionales de enfermería

La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, Acofaen, es un organismo autorizado para realizar la acreditación de los programas universitarios de enfermería de pregrado y postgrado, ofrecida por las instituciones de educación superior en Colombia.

Competencias del profesional de enfermería en Colombia (19)

1. Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención de salud y enfermería.
2. Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.
3. Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
4. Dirigir los servicios de salud y de enfermería.
5. Dirigir las instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población.
6. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas.

La calidad de atención de enfermería

Con el fin de asegurar un cuidado de enfermería de calidad se cumplirán las siguientes disposiciones:

1. El ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia se ejercerá dentro de los criterios y normas de calidad, atención y de educación que establezca la ANEC y ACOFAEN, en concordancia con lo definido por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería y lo establecido por los organismos gubernamentales.
2. La dirección de las facultades, escuelas de enfermería, instituciones, departamentos o programas que funcionen en las universidades y organismos educativos cuya función se relacione con la formación básica de enfermería estará a cargo de profesionales de enfermería.

3. Los profesionales de enfermería organizarán, dirigirán, controlarán y evaluarán los servicios de enfermería en las instituciones de salud a través de una estructura orgánica y funcional.

4. Igualmente los profesionales de enfermería controlarán y evaluarán las instituciones, que presten sus servicios especiales en el hogar, comunidad y diversas áreas de atención en salud.

5. Los profesionales de enfermería vigilarán la conformación cualitativa y cuantitativa de los recursos humanos de enfermería que requieran las instituciones de salud. (19)

Deberes del profesional de enfermería

1. Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en la Ley.

2. Velar porque se brinde la atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social.

3. Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería.

4. Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución.

5. Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta del personal de enfermería.

Derechos del profesional de enfermería

1. Tener un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal.

2. Recibir un trato digno, justo y respetuoso. Este ejercicio estará amparado por las normas constitucionales y legales, por las recomendaciones y convenios internacionales.

3. Acceder y recibir oportunidades de progreso profesional y social.

4. Ejercer dentro del marco del Código de Ética de Enfermería.
5. Proponer innovaciones al sistema de atención en salud y de enfermería.
6. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz que le permita atender dignamente a quien recibe sus servicios.
7. Como profesional universitario y como profesional post graduado, tiene derecho a ser ubicado en los escalafones correspondientes en el sistema de salud, educación y otros.
8. Tener derechos a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población colombiana. (19)

4.4.2. Ley 911 de 2004 (octubre 5)

Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004:

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

Capítulo I. Declaración de principios y valores éticos.

ARTÍCULO 1o.

El respeto a la vida, la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología, política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

ARTÍCULO 2o.

Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2o, los principios éticos de Beneficencia, No maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica profesional de la enfermería en Colombia.

ARTÍCULO 5o.

Entiéndase por condiciones para el ejercicio de la enfermería, los requisitos básicos indispensables de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico/administrativos, registros para el sistema de información, transporte, comunicaciones, auditoría de servicios y medidas de seguridad, que le permitan al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería. (20)

ARTÍCULO 6o. El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de/que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su/aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder Cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.

ARTÍCULO 9o.

Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad integridad genética, física, espiritual y psíquica.

ARTÍCULO 18

El profesional de enfermería guardará el secreto profesional en todos los momentos del cuidado de enfermería y aún después de la muerte de persona, salvo en las situaciones previstas en la ley.

ARTÍCULO 29

En los procesos de/investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicara las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales. (20)

4.5 MARCO CONTEXTUAL

La Clínica Materno Infantil Los Farallones nace como proyecto en el año 1991, impulsado por el interés de un grupo de pediatras especializados en gestar una institución enfocada básicamente en la atención del niño. En octubre de 1993, se constituye legalmente la sociedad y en enero de 1994 se inicia la construcción conformada por una torre de consultorios médicos y una torre de servicios clínicos financiada por nuevos socios que se unieron al proyecto.

Para mediados de 1996, se inaugura la torre de consultorios y, en este año, la Cooperativa Médica del Valle - Coomeva brinda un apoyo decisivo al vincularse como principal accionista permitiendo agilizar y culminar exitosamente la segunda fase de la obra civil, la Torre Clínica.

El 15 de noviembre de 2004, ocurrió un sismo que afectó básicamente la mampostería del edificio y se obligó a evacuar el edificio de manera inmediata y cerrar operaciones.

La Clínica Farallones S.A. reanudó operaciones asistenciales parcialmente a partir del 23 de mayo del año 2005 en una sede alterna. En ese momento, decidió cambiar su enfoque de prestación de servicios materno-infantiles y dedicarse a la comercialización y prestación de servicios de salud de mediano y alto nivel de complejidad. (22)

La idea del cambio se debió a la necesidad sentida que tiene el Valle de Cauca y el Suroccidente Colombiano de contar con más opciones de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de mediano y alto nivel de complejidad, a tarifas competitivas y con una atención de calidad técnico-científica y humana.

Posteriormente, en diciembre de 2006, la Clínica registra su nueva razón social: CLÍNICA FARALLONES S.A. y adopta una nueva imagen. Ese mismo mes fue recomendada por Bureau Veritas para realizar la certificación en calidad bajo la norma ISO 9001:2000. Desde septiembre de 2007, se está prestando el servicio en la sede principal ubicada en la Carrera 50 con autopista suroriental.

Actualmente, la Clínica Farallones tiene un amplio portafolio de servicios de nivel III y IV que permite brindar atención integral a toda la familia. Dentro de esta atención cuenta con más de 200 médicos especialistas en todas las áreas y tiene como permanente objetivo la excelencia en la calidad de servicio a sus clientes internos y externos.

La Clínica Farallones S.A. da respuesta a una necesidad sentida de la ciudad de Cali y el suroccidente del país implementando una de las más completas Unidades de Cuidados Intensivos y de Cuidados Intermedios Pediátricos, atendida las 24 horas por un equipo médico conformado por profesionales especializados en tratar pacientes pediátricos críticamente enfermos, desde las primeras edades comprendidas entre el primer mes de edad y los 15 años.

La Unidad está dirigida por un Intensivista Pediatra apoyado por un grupo de especialistas en Pediatría, Atención Respiratoria y Fisioterapia, y con asistencias de especialidades como: Infectología, Neurología, Cirugía Pediátrica, Siquiatría; todos comprometidos para prestar servicios seguros con calidad y calidez, para así garantizar el bienestar de nuestros pacientes.

La Unidad se encuentra dotada de:

Ocho cubículos, dos de ellos con todos los requerimientos técnicos para aislamiento respiratorio de enfermedades infectocontagiosas que generan transmisión por vía respiratoria. (22)

5. METODOLOGÍA Y/O MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación que se realizó en el siguiente trabajo es descriptivo de corte transversal. Se realizó una encuesta durante el periodo 2019^a a un grupo de enfermeros con el fin de identificar los métodos de evaluación y abordaje del personal en el manejo no farmacológico del dolor en una unidad de cuidados intensivos pediátricos de la ciudad de Cali.

5.2 POBLACIÓN Y/O UNIVERSO

7 enfermeros profesionales y 6 auxiliares de enfermería, en total 13 que se van a evaluar.

Se tomará la muestra completa ya que se está hablando de un universo limitado.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal asistencial de enfermería y auxiliares de enfermería de la unidad de cuidado intensivo pediátrico.
- Personal que tenga al menos un año de antigüedad laborando en la unidad.
- Personal que participe voluntariamente y que cumpla con los criterios anteriores.

5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal que cubre eventualidades en la unidad.
- Estudiantes de enfermería y auxiliares de enfermería que realicen prácticas asistenciales.
- Personal que se encuentre en entrenamiento.

5.5 CUADRO DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Género	Condición orgánica biológica por la cual los seres humanos se diferencian en femeninos o masculinos.	Cualitativo	Nominal	*Femenino *Masculino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativo	Razón	Años cumplidos
Grado de escolaridad	Grado o niveles que la persona ha aprobado en un establecimiento educativo reconocido legalmente.	Cuantitativo	Ordinal	*Técnico *Profesional *Posgrado
Conocimiento	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.	Cualitativo	Nominal	*Si *No
	Son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su			* Escala conductual *escala de CHEOSP *escala de la auto representación

Escalas de valoración del dolor	empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente.	Cuantitativa Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> * Escala Likert * Escala de los vasos * Termómetro del dolor: *Escalas visuales analógicas *Escalas de dibujos faciales *Escala frutal analógica *Escala de los colores de Eland *Escala de las fichas de póker
Identificación de dolor	Proceso mediante el cual el personal de salud detecta el dolor.	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> *Escalas *Cambios fisiológicos
Cambios fisiológicos	Son los cambios que se producen en el interior del cuerpo, es decir en su forma, tamaño y funcionamiento de los diferentes órganos.	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> *Alteración de los signos vitales *Facies de dolor *Sudoración *Manifestación verbal del niño *Pobre ingesta funcional *Alteración en el patrón del sueño Irritabilidad y/o llanto

Presencia de los padres o acudientes	Acompañamiento continuo durante el proceso de hospitalización.	Cualitativo	Nominal	*Si *No
Necesidad del registro en la historia clínica	Permite garantizar un diagnóstico y tratamiento médico.	Cuantitativo	Nominal	*Siempre *Algunas veces *Nunca
Frecuencia de registro del dolor	Procedimiento mediante el cual se mide la intensidad del dolor por medio de herramienta para describir localización, comienzo y duración del dolor que presenta un usuario para el alivio.	Cuantitativo	Nominal	*Siempre *Algunas veces *Nunca
Registro Historia Clínica	Registro de datos imprescindibles para el desarrollo de las funciones profesionales del	Cualitativa	Nominal	*Siempre *Algunas veces *Nunca

	personal de salud.			
Cuidado de enfermería en el manejo dolor	Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad.	Cuantitativo	Nominal	*Siempre *Algunas veces *Nunca
Capacitación del personal de salud en manejo del dolor	Es un conjunto de medios que se organizan de acuerdo a un plan para lograr que el personal de salud adquiera destrezas, valores o conocimientos.	Cualitativa	Nominal	*Si *No
Efectividad Manejo no farmacológico del dolor	Medidas terapéuticas utilizadas durante el proceso de atención que no incluyen fármacos.	Cualitativa	Nominal	Si no.

5.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los datos se recolectaron en la unidad de cuidado intensivo pediátrico de la clínica Farallones de la ciudad de Cali, por medio de una encuesta desarrollada por los investigadores en formato físico en las fechas mencionadas en el cronograma. Inicialmente se hizo una prueba piloto en otro servicio con la encuesta de referencia del estudio “Conocimientos del personal de enfermería de un hospital pediátrico de referencia respecto a la evaluación y abordaje del dolor en niños” (23) la cual se adaptó y modificó de acuerdo a los resultados de la prueba piloto para posteriormente aplicarla a la población objeto.

5.6.1 Fases del Proceso Investigativo

Fase 1: Construcción del anteproyecto

En esta fase se realizaron las lecturas correspondientes a artículos relacionados con el dolor en los niños, el manejo no farmacológico del dolor por parte de enfermería y escalas de valoración del dolor. Esto se realiza con el fin de darle inicio al anteproyecto de acuerdo con las normas estipuladas por la Universidad Santiago de Cali.

Fase 2: Recolección y procesamiento de datos

Los datos se pretenden obtener de las encuestas al personal de enfermería objeto de estudio para ser analizados.

Fase 3: Análisis de datos

De acuerdo a la información recolectada se realizará el adecuado análisis descriptivo de la evaluación y abordaje del dolor en el niño.

Fase 4: Socialización de resultados

Una vez obtenidos los resultados se procede a realizar la respectiva socialización que se realizará frente a los jurados y al tutor correspondiente a la investigación.

5.6.2 Plan de Análisis

Se realizó la tabulación de los datos en una base de Excel. Por medio de la técnica de estadística descriptiva se produjeron los resultados; para las variables cualitativas se realizaron tablas de frecuencia, para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al artículo 11 de la resolución 8430 del Ministerio de Salud y de la protección Colombiana que el proyecto de investigación no trae consigo ningún riesgo biológico, físico, químico, psicológico o social que pueda afectar la integridad de los participantes, que cumple con las condiciones y acepta la participación de dicha investigación de “evaluación y abordaje enfermero en el manejo no farmacológico del dolor en una unidad pediátrica de Cali” donde los enfermeros y auxiliares de enfermería participaran por medio del debido permiso de la institución de salud y con el consentimiento informado. La investigación se hará de manera confidencial. De esta manera se pretende salvaguardar la integridad de los participantes y de la institución de salud de acuerdo a los principios bioéticos.

El proyecto de investigación se basa al igualmente en la declaración de Helsinki donde plantea unas pautas determinadas de cómo seguir un tipo de investigación cuando se trata de un ser humano donde se salvaguarda su integridad como se estipuló en el párrafo anterior, de esta manera se tendrán en cuenta los principios bioéticos, con esto podemos dar a entender que la autonomía, beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y justicia serán respetados en la elaboración de dicho proyecto de investigación.

Autonomía

Reconoce la capacidad de las personas para decidir sobre lo que puede hacerse con su cuerpo y sus atributos sociales o intelectuales, al tiempo que promueve el respeto a su voluntad de participar o negarse a hacerlo en cualquier tipo de investigación.

Beneficencia

Es el principio moral de la realización activa del bien y la protección de los intereses, así como la no maleficencia. La beneficencia implica dos conceptos: el de procurar los mejores intereses para el paciente como tal y como lo entiende la Medicina, así como la definición del bien como abstracción y la advertencia de prevenir el mal innecesario porque lo principal es el bien del paciente, de la humanidad. Se expresa esencialmente en el respeto al participante de la investigación, reflejado en los siguientes modos de actuación:

- a. Ser competente para atenderlo.
- b. Establecer comunicación intelectual y afectiva con sus pacientes y familiares y con el entorno social.

No maleficencia

Es el principio moral que obliga a no dañar a los demás (*primun non nocere*) y a realizar correctamente nuestro trabajo profesional. Se traduce en protocolos que recogen las exigencias de una buena práctica clínica. Sólo se debe tratar con aquello que este indicado y que proporcione un beneficio científicamente probado.
(18)

El análisis de estos principios a la luz de las normas que rigen nuestra sociedad dan una idea de la magnitud de la base social de nuestro sistema, que va dirigida a la defensa del principal tesoro del ser humano: la vida y la dignidad plena del hombre.

Los valores y las interpretaciones de los principios, así como las reglas y las políticas institucionales y procedimientos son extensiones más extensiones más estructuradas de principios morales.

Confidencialidad

Debe mantenerse en todo momento la confidencialidad de los participantes de la investigación. A menos que los participantes están de acuerdo en dar a conocerse a sí mismos, el anonimato se debe mantener.

Según los artículos 10 y 11 de la resolución 08430, se clasifica esta investigación como un estudio de riesgo mínimo; dado que la recolección de información se realizará a través de un cuestionario y no se hará ninguna intervención (18).

6. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES															
ACTIVIDADES	TIEMPO (MESES)														
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	NOV
	2018-2019														
Inicio del curso trabajo de grado I, asignación de tutora y selección del tema a investigar	■														
Se plantea formación pregunta de investigación conjunto con	■														
Se inicia organización de marcos de referencia		■	■	■											
Se presenta borrador final de los avances del proceso investigativo				■											
Se inicia trabajo de grado II, junto con asignación del tutor a cargo						■									
Se entrega avances del proceso investigativo a la tutora de las cuales se realizan modificaciones correspondientes como título, introducción justificación y pregunta problema						■									
Se realiza metodología de la investigación						■	■								
Se presenta al comité de ética								■							
Recolección de la información									■	■					
Presentación de resultados											■				
Analisis, discusión												■			
Conclusiones y recomendaciones													■		
Sustentación														■	

7. PRESUPUESTO



FORMATO DE PRESENTACIÓN DE PRESUPUESTO CONVOCATORIAS PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Código: R-UV005

Versión: 2.0

DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES – DGI

Páginas

Nombre del proyecto:

Evaluación y abordaje enfermero en el manejo no farmacológico del dolor en una unidad pediátrica de Cali

DOCENTE: MARTHA CECILIA
OSPINA

Validar

Sin Validar

Tabla 1. Presupuesto Global del Proyecto

ITEM	RUBROS	RECURSOS			TOTAL
		USC		Contrapartida (Terceros)	
		Efectivo	Especie		
1	PERSONAL DEL PROYECTO (Tabla 2)		\$ 120.000	\$ -	\$ 120.000
	SERVICIOS TÉCNICOS (Tabla 3)	\$ -	\$ 500.000	\$ -	\$ 500.000
2	ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS (Tabla 4)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
3	AFILIACIONES (Tabla 5)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
4	SEGUROS (Tabla 6)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
5	SERVICIOS (Tabla 7)	\$ 200.000	\$ 100.000	\$ -	\$ 300.000
6	MANTENIMIENTO Y ADECUACIONES (Tabla 8)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
7	VIAJES (Tabla 9) Máximo cuatro millones	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
8	SALIDAS DE CAMPO (Tabla 10)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
9	DIVERSOS "MATERIALES BIBLIOGRÁFICOS, PUBLICACIONES , INSUMOS" (Tabla 11)	\$ 381.600	\$ 800.000	\$ -	\$ 1.181.600
10	EQUIPOS Y SOFTWARE (Tabla 12)	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
	TOTAL	\$ 581.600	\$ 1.520.000	\$ -	\$ 2.101.600

Tabla No. 7 Descripción de gastos en Servicios

RUBRO	CONCEPTO	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS			TOTAL
			USC		Contrapartida (Terceros)	
			Efectivo	Especie		
513510	Correo y Portes				\$ -	
513511	Transporte, Fletes y Acarreos	Transporte para los investigadores	\$ 200.000		\$ 200.000	
513513	Propaganda y Publicidad				\$ -	
513512	Otros Servicios (Personal no especializado)				\$ -	
		TOTAL	\$ 200.000	\$ -	\$ 200.000	

Tabla No. 11 Diversos "Materiales Bibliográficos, Publicaciones, insumos, suministros y bibliografía"

RUBRO	CONCEPTO	JUSTIFICACIÓN	COSTO UNITARIO	CANT.	RECURSOS			TOTAL
					USC		Contrapartida (Terceros)	
					Efectivo	Especie		
519505	Útiles y Papelería	Para realizar encuestas	\$ 20.000	16	\$ 320.000		\$ 320.000	
519506	Fotocopias	Impresión de encuestas	\$ 100	16	\$ 1.600		\$ 1.600	
519507	Elementos de Aseo para laboratorio						\$ -	
519508	Insumos de Laboratorio						\$ -	
519509	Insumos Médicos						\$ -	
519510	Material Didáctico						\$ -	
519512	Refrigerios	Para el personal de enfermería, profesoras y estudiantes	\$ 3.000	20	\$ 60.000		\$ 60.000	
519515	Adquisición de libros						\$ -	
519515	Combustibles						\$ -	
519515	Actividades Cívicas y Culturales						\$ -	
519515	Auxilio Estudiantes						\$ -	
				TOTAL	\$ 381.600	\$ -	\$ 381.600	

8. RESULTADOS

Tabla 1: Distribución por edad de los participantes.

PERSONAL DE ENFERMERÍA	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
EDAD	23	24	25	27	29	30	31	38	38	38	39	40	51

Descripción: En la Tabla 1, se evidencia que el promedio de edad del personal de salud de la unidad pediátrica es de 33,3 años.

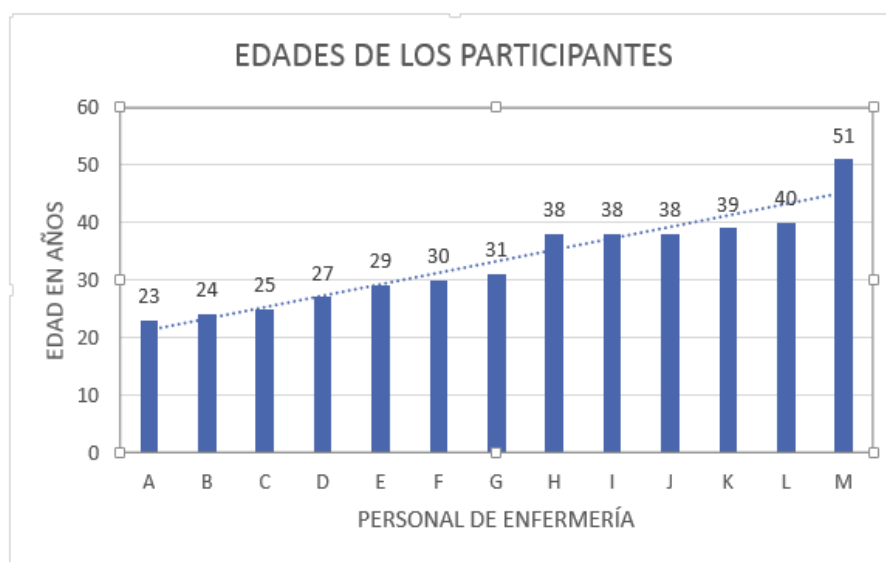


Tabla 2: Distribución de la población por género

GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
FEMENINO	9	69%
MASCULINO	4	31%
TOTAL	13	100%

Descripción: En la Tabla 2, se evidencia que el 69% del personal en la sala de cuidados intensivos pediátricos es femenino.

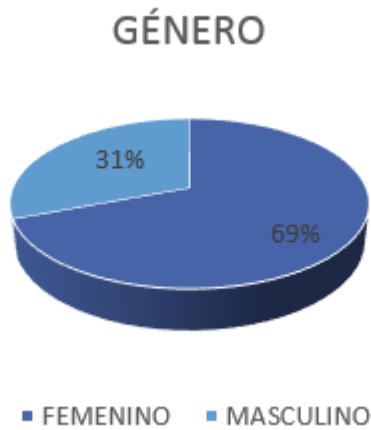


Tabla 3: Distribución de la población por procedencia.

PROCEDENCIA	PUERTO TEJADA	ROLDANILLO	CALI	TULUÁ	POPAYÁN	PASTO	CUCUTA	TOTAL
CANTIDAD	1	1	7	1	1	1	1	13

Descripción: La Tabla 3 muestra que más de la mitad del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidado intensivo pediátrica su procedencia es Cali.

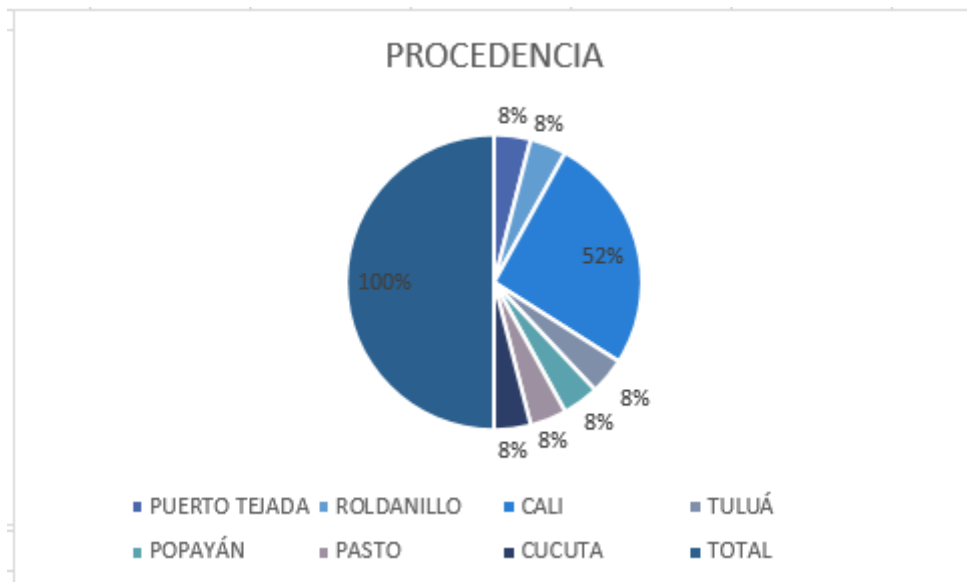


Tabla 4: distribución de la población por experiencia.

PERSONAL DE ENFERMERÍA	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
AÑOS DE EXPERIENCIA	2	3	3	3	5	5	6	7	12	14	15	15	20

Descripción: En la Tabla 4 se evidencia que más de la mitad del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidado intensivo pediátrico tiene de 5 a 20 años de experiencia en UCI.



Tabla 5: distribución de la población por nivel de formación.

NIVEL DE FORMACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
AUXILIAR	6	46%
ENFERMERO	7	54%
TOTAL	13	100%

Descripción: En la Tabla 5, se evidencia que el 54% del personal de enfermería es profesional y el 46% son auxiliares de enfermería.

NIVEL DE FORMACIÓN

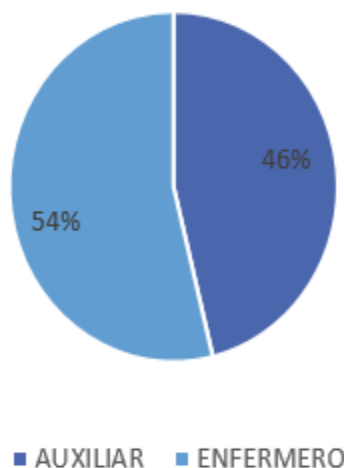


Tabla 6: conocimiento de escalas de valoración del dolor en el niño.

¿CONOCE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL NIÑO?	PERSONAS	PORCENTAJE
SI	11	85%
NO	2	15%
TOTAL	13	100%

Descripción: En la Tabla 6, se evidencia que el 85% del personal de enfermería que labora en la unidad conoce las escalas de valoración del dolor en el niño y un 15% no las conoce.

¿CONOCE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL NIÑO?

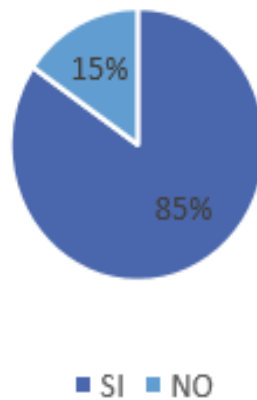


Tabla 7: ¿Cuáles escalas conoce?

¿CUÁLES ESCALAS CONOCE?		
ESCALA	PERSONAS	PORCENTAJE
ANALÓGICA	9	64%
VISUAL	1	9%
1-10	1	9%
OTRAS	2	18%
TOTAL	13	100%

Descripción: La Tabla 7, muestra que el 69% de los enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería que laboran en la unidad conocen la escala análoga del dolor, 8% conoce la visual, 8% conoce la escala del 1-10 y 15% conocen otras. Lo que significa que la escala análoga es la más conocida en esta unidad.

¿CUÁLES ESCALAS CONOCE?

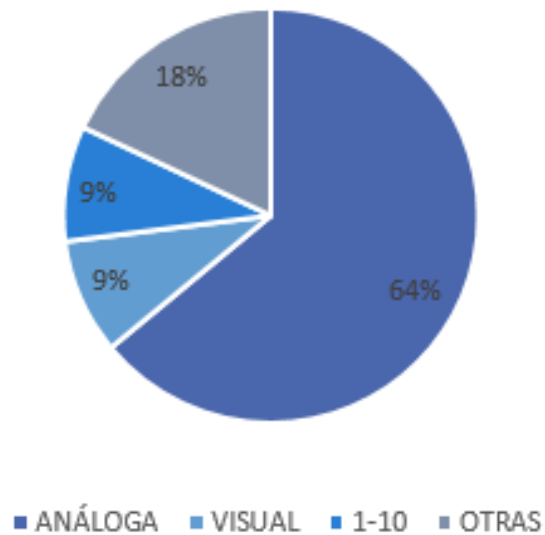
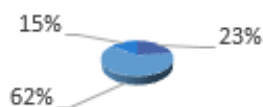


Tabla 8: aplicación de las escalas de valoración del dolor en el niño.

¿APLICA LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL NIÑO?		
SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
3	8	2
23%	62%	15%

Descripción: La Tabla 8 evidencia que son poco usadas las escalas de valoración del dolor.

¿APLICA LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL NIÑO?



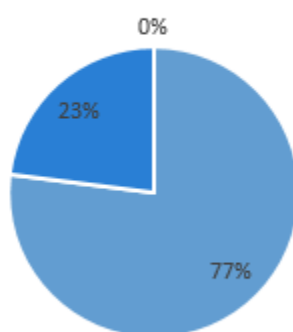
- ¿APLICA LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL NIÑO? SIEMPRE
- ¿APLICA LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL NIÑO? ALGUNAS VECES
- ¿APLICA LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL NIÑO? NUNCA

Tabla 9: el cómo se reconoce el dolor en el niño.

¿CÓMO RECONOCE QUE EL NIÑO PRESENTA DOLOR?		PORCENTAJE
POR MEDIO DE ESCALAS	0	0%
POR CAMBIOS FISIOLÓGICOS	10	77%
POR AMBAS	3	23%

Descripción: la Tabla 9 muestra que el 77% de las personas entre enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería que laboran en la unidad, reconocen que el niño presenta dolor por cambios fisiológicos, es decir, que son guiados más por los signos que puede presentar el paciente que por el uso de alguna escala.

¿CÓMO RECONOCE QUE EL NIÑO PRESENTA DOLOR?



- POR MEDIO DE ESCALAS
- POR CAMBIOS FISIOLÓGICOS
- POR AMBAS

Tabla 10: cambios fisiológicos

¿CUÁLES SON LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS? (RESPUESTA MÚLTIPLE)	
ALTERACIÓN DE SIGNOS VITALES	13
FACIES DE DOLOR	12
SUDORACIÓN	5
MANIFESTACIÓN VERBAL DEL NIÑO	11
POBRE INGESTA NUTRICIONAL	4
ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO	6
IRRITABILIDAD Y/O LLANTO	13

Descripción: En la Tabla 10, se evidencia que el personal de enfermería reconoce cuáles son los cambios fisiológicos más frecuentes que le indican que el niño tiene dolor, siendo los más comunes la alteración de signos vitales y la irritabilidad o llanto.

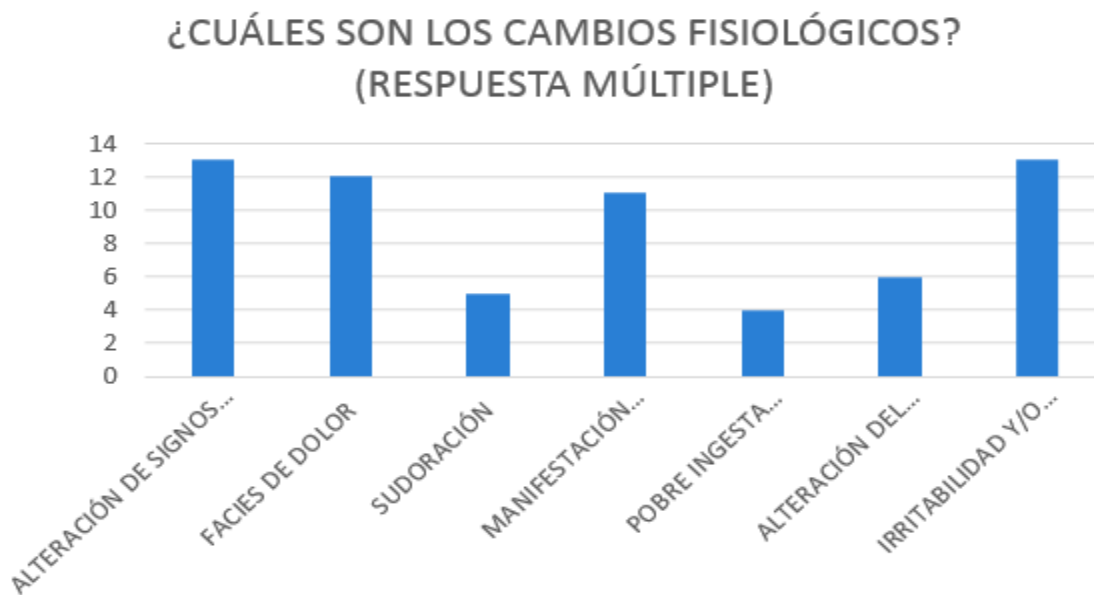


Tabla 11: frecuencia con que se valora el dolor.

¿CON QUÉ FRECUENCIA VALORA EL DOLOR?		
SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
11	2	0
85%	15%	0%

Descripción: La Tabla 11 muestra la frecuencia con que el personal de enfermería valora el dolor en la unidad de cuidado intensivo pediátrica, siempre 85%, algunas veces 15% y nunca 0%, lo que indica la gran importancia para los enfermeros que tiene el identificar si su paciente siente dolor.



Tabla 12: técnicas no farmacológicas.

¿CONSIDERA QUE LAS TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS SON EFECTIVAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR?		
SI	11	85%
NO	2	15%

Descripción: En la Tabla 12 se evidencia que el personal de enfermería que labora en la unidad de cuidado intensivo pediátrica considera que las técnicas no

farmacológicas para el manejo del dolor en el niño son efectivas en un 85% y no son efectivas en un 15%, reconociendo que van de la mano con en tratamiento farmacológico.



Tabla 13: consideración de los padres ausentes en los procedimientos dolorosos.

¿CONSIDERA QUE LOS PADRES DEBEN ESTAR DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS?		PORCENTAJE
SI	10	77%
NO	3	23%

Descripción: la Tabla 13 indica que 10 enfermeros que laboran en la unidad de cuidado intensivo pediátrico consideran que los padres deben estar presente ya que ayudan a tranquilizar al paciente lo que permite realizar de mejor manera los procedimientos que puedan causar dolor en el niño.

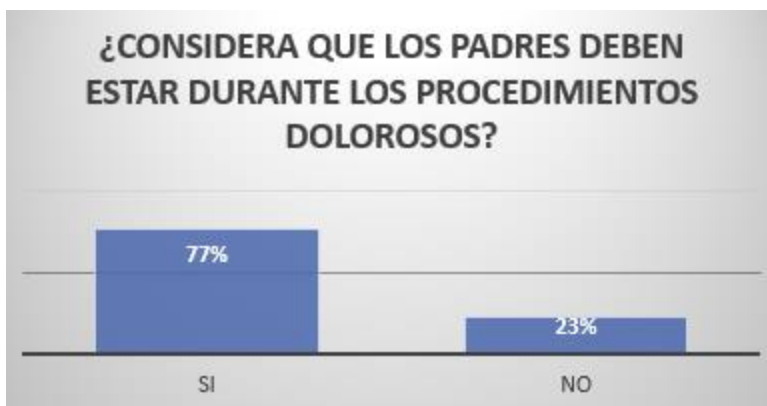
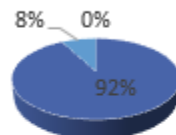


Tabla 14: consideración del registro del dolor en la historia.

¿CONSIDERA NECESARIO EL REGISTRO DEL DOLOR EN LA HISTORIA?		
SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
12	1	0
92%	8%	0%

Descripción: En la Tabla 14 se evidencia que el personal de enfermería que labora en la unidad de cuidado intensivo pediátrico considera muy importante el registro del dolor en la historia clínica.

¿CONSIDERA NECESARIO EL REGISTRO DEL DOLOR EN LA HISTORIA?



- ¿CONSIDERA NECESARIO EL REGISTRO DEL DOLOR EN LA HISTORIA? SIEMPRE
- ¿CONSIDERA NECESARIO EL REGISTRO DEL DOLOR EN LA HISTORIA? ALGUNAS VECES
- ¿CONSIDERA NECESARIO EL REGISTRO DEL DOLOR EN LA HISTORIA? NUNCA

Tabla 15: registro del dolor en la historia.

¿REGISTRA EN LA HISTORIA CUANDO EL NIÑO PRESENTA DOLOR?		
SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
12	1	0
92%	8%	0%

Descripción: la Tabla 15 muestra que el personal de enfermería que labora en la unidad de cuidado intensivo pediátrico registra en la historia clínica cuando el niño presenta dolor: siempre 12 personas, algunas veces 1 y nunca 0.

¿REGISTRA EN LA HISTORIA CUANDO EL NIÑO PRESENTA DOLOR?



Tabla 16: la importancia del cuidado de enfermería en el manejo del dolor.

¿CONSIDERA QUE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR ES IMPORTANTE?		
SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
13	0	0
100%	0%	0%

Descripción: La Tabla 16 evidencia que el 100% del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidado intensivo pediátrica considera que los cuidados de enfermería juegan un rol fundamental en el manejo del dolor.

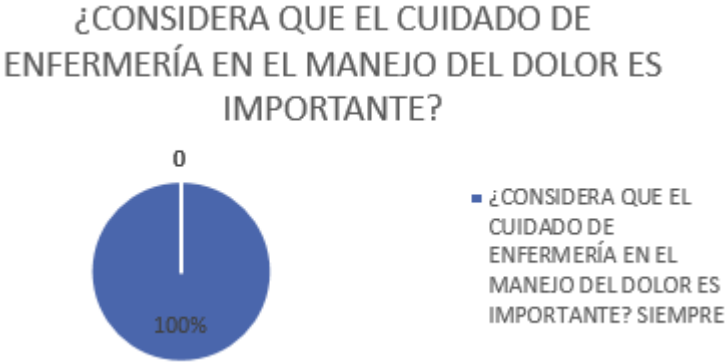


Tabla 17: capacitación en el manejo del dolor.

¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR EN EL ÚLTIMO AÑO?		PORCENTAJE
SI	2	15%
NO	11	85%

En la Tabla 17 se evidencia que, del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidado intensivo pediátrico, 85% no han recibido capacitación del manejo del dolor en el niño en el último año y solo el 15% la han recibido.

¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR EN EL ÚLTIMO AÑO?

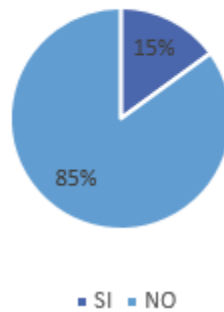
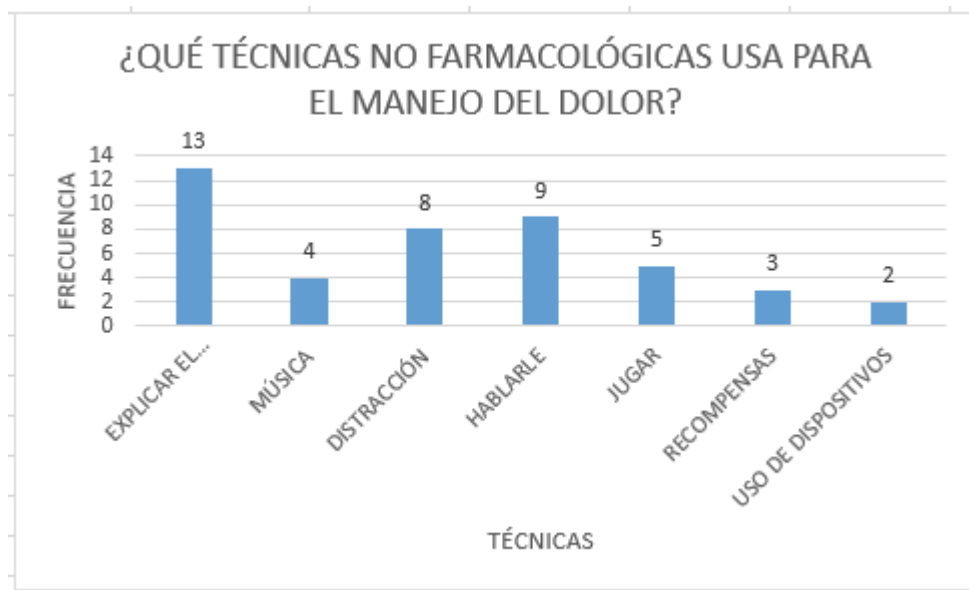


Tabla 18: Uso de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor.

¿QUÉ TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS USA PARA EL MANEJO DEL DOLOR?	
EXPLICAR EL PROCEDIMIENTO	13
MÚSICA	4
DISTRACCIÓN	8
HABLARLE	9
JUGAR	5
RECOMPENSAS	3
USO DE DISPOSITIVOS	2

El 100% del personal explica el procedimiento como método de disminuir la ansiedad en el paciente, seguido de hablarle y distraerle.



9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Según los datos analizados, el personal de la unidad de cuidado intensivo pediátrico se encuentra en la adultez temprana con un promedio de edad de 33 años siendo más de la mitad mujeres y con procedencia en su mayoría, de la ciudad de Cali y sus alrededores.

Se puede identificar que es importante la experiencia que tiene el personal frente a cómo ellos identifican los cambios fisiológicos en el niño cuando tiene dolor, ya que en lo observado, la mayoría del personal que refiere la utilización de escalas tiene más de 10 años de experiencia, de igual forma se encuentra que a pesar que reconocen la existencia de escalas del dolor, la más conocida para ellos es la escala analógica, también se está de acuerdo con el hecho de valorar el dolor periódicamente y registrarlo en la historia clínica, utilizando y considerando que las técnicas no farmacológicas son efectivas en el manejo del dolor en el niño adicional al tratamiento medicamentoso. Entre estas técnicas el permitir la presencia de los padres en los procedimientos dolorosos para que el paciente se sienta más tranquilo. Por otro lado se resalta que es fundamental el papel del enfermero, sea profesional o auxiliar, en el manejo del dolor por ser el personal que se encuentra permanentemente con el niño.

De acuerdo a los hallazgos en esta investigación se requiere sensibilización y socialización constante de la escala de valoración del dolor en el niño de acuerdo con las características de los pacientes hospitalizados, también se recomienda la retroalimentación sobre los diferentes métodos no farmacológicos complementarios para manejar el dolor, dado que solo dos personas de las encuestadas han recibido formación en el tema.

10. DISCUSIÓN

De acuerdo al estudio de Yaffa Zisk – Rony R (5) muestra que, el dolor en niños no es evaluado y tratado de forma correcta por el personal de enfermería, por lo tanto éste sufrimiento, podría presentar efectos negativos a corto y largo plazo. Se evidencia en este mismo estudio el desconocimiento de escalas y métodos de valoración adecuados, incluso cuando estas escalas son conocidas por el personal de enfermería, la mayor parte de ellos no las usan a pesar de conocer la importancia de su uso. En concordancia a este estudio encontramos que hay resultados similares en cuanto a que el personal manifiesta que saben que existen las escalas de valoración, pero la gran mayoría no las aplica.

El estudio de Martin Notejane “conocimientos del personal de enfermería de un hospital pediátrico de referencia respecto a la evaluación y abordaje del dolor en niños” se identificó que los enfermeros encuestados demostraron conocimientos aceptables sobre evaluación y abordaje del dolor. No obstante se objetivaron aspectos a mejorar en el conocimiento de escalas de evaluación en poblaciones especiales, falta de familiaridad con el uso de opioides y concepciones de evaluación subjetiva del dolor. Estos resultados son similares en cuanto al conocimiento del manejo del dolor, sin embargo el 100% de los encuestados reconocieron la importancia de acompañar el manejo farmacológico con diferentes métodos no farmacológicos.

Otro estudio realizado “valoración del dolor en el paciente pediátrico hospitalizado” de Inés de los reyes Corrales, por el contrario encuentran falta de conocimientos por parte de los profesionales, la existencia de barreras en la aplicación de las escalas de valoración y escasa implicación y adhesión al uso sistemático de herramientas condicionando un déficit en la valoración, tratamiento y manejo del dolor.

11. CONCLUSIONES

- El personal reconoce la importancia de la utilización de las escalas de valoración del dolor en el niño, pero en su gran mayoría no las aplican.
- El personal auxiliar de enfermería con mayor experiencia son los que siempre aplican las escalas de valoración analógica del dolor.
- Todo el personal de enfermería que labora en la sala aplica técnicas no farmacológicas en el manejo del dolor como son acompañamiento de los padres, música, películas, video juegos, considerándolas como complemento en el manejo del dolor en el niño.
- Solo el 15% del personal de enfermería recibió capacitación acerca del manejo del dolor en el niño en el último año.

12. RECOMENDACIONES

- Estandarizar escala de medición del dolor en la sala considerándola dentro de la valoración diaria del paciente e incluirla en la historia clínica sistematizada como una obligatoriedad en el diligenciamiento de esta.
- Implementar un plan de capacitación acerca de las escalas de valoración del dolor en el niño y manejo farmacológico y no farmacológico.
- Todo el personal que ingrese nuevo a la sala se le socialice la escala de valoración estandarizada de la institución.
- Medir la adherencia mediante seguimiento, observación

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénica. *Oncología* (Barc.). 2005 marzo; 28(3): 33-37.
2. Pérez M. Tratamiento no farmacológico ante el dolor pediátrico. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*. 2016 marzo; 11(6).+
3. Tovar M. Dolor en niños. *Colombia Médica*. 2005 octubre-diciembre; 36(4): 62 - 68.
4. Corrales IDLR. Valoración del dolor en el paciente hospitalizado pediátrico. Tesis de pregrado. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de medicina; 2017.
5. Zisk Rony RY, Lev J, Haviv H. Informe de las enfermeras sobre la evaluación del dolor pediátrico en el hospital: examen de los desafíos y perspectivas. *Enfermería para el manejo del dolor*. 2015 abril; 16(2).
6. Travería Casanova J, Gili Bigatá T, Rivera Luján J. Tratamiento del dolor agudo en el niño: analgesia y sedación. In *Protocolos de Urgencias Pediátricas* (En revisión). Madrid: Ergón, S.A.; 2010. p. 5-26.
7. Lázaro JM. Sociedad gallega de alergia e inmunología clínica. [Online]. 2016 [cited 2018 Octubre 6]. Available from: <http://www.sgaic.org/wordpress/?p=113>.
8. Aguilar Cordero MJ, Baena García L, Sánchez López AM, Mur Villar N, Fernández Castillo R, García García I. Procedimientos no farmacológicos para disminuir el dolor de los neonatos; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*. 2015; 32(6): 2496-2507.
9. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. 1st ed. OMS, editor. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2012.
10. Muñoz R, Olazarán J. <http://www.crealzheimer.es>. [Online]. 2009 [cited 2018 Octubre 12]. Available from: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/mapayquainiciacintnfalzhpapr.pdf>.
11. S.N. Infosalus.com. [Online]. 2018 [cited 2018 Noviembre 3]. Available from: <https://www.infosalus.com/enfermedades/pediatria/>.

12. López Forniés A, Iturralde García de Diego, Clerencia Sierra M, Galindo Ortiz de Landázuri J. Dolor. In Jiménez MA, editor. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Príncipe de Vergara; 2007. p. 820.
13. Gancedo García C, Malmierca Sánchez F, Hernández Gancedo C, Reinoso Barbero F. Curso de formación continuada en dolor en pediatría. Pediatría integral. 2008 Febrero; 1(2).
14. Llorente Pérez LM. Manejo del dolor infantil por el profesional de enfermería. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; 2015.
15. Llorente Pérez LM. Manejo del dolor infantil por el personal de enfermería. Universidad de Valladolid; 2015.
16. Asociación médica mundial. [Online]. 2017 [cited 2018 Noviembre 20]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. [Online]. 2016 [cited 2018 Noviembre 10]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co>.
18. Ministerio de educación. [Online]. [cited 2018 Noviembre 1]. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf.
19. Ministerio de educación. [Online]. 2004 [cited 2018 Diciembre 5]. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf.
20. CIOMS. [Online]. 2017 [cited 2019 Marzo 5]. Available from: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf.
21. Clínica Farallones. [Online]. [cited 2018 Octubre 17]. Available from: <http://www.coomeva.com.co>.
22. Notejane M, Bernadá M, Ruiz V, Klishich V. Conocimientos del personal de enfermería de un hospital pediátrico de referencia respecto a la evaluación y abordaje del dolor en niños. Boletín Médico del Hospital infantil de México. 2019 Enero - febrero; 76(1).
23. tratamientos Ey. Enfermedades y tratamientos. [Online]. 2018 [cited 2018 agosto 23]. Available from:

<https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>.

24. Soca P. Dislipidemias. ACIMED v.20 n.6 Ciudad de La Habana. 2009; p. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001200012.
25. Bárcena Fernández E. Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. Revista Pediátrica en Atención Primaria. 2014, (23) 37-43

14. ANEXOS

14.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

AQUÍ ESTARA FIRMA
PRESIDENTE Y SELLO COMITÉ.

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: "Evaluación y abordaje enfermero en el manejo no farmacológico del dolor en una unidad pediátrica de Cali"

Realizado por las estudiantes del programa de enfermería: Diana Alexandra Castañeda Orozco cc_1113636681cel_3155862867correo_dianaalex_co@hotmail.com; Jessica González Arias CC. 1143925055 cel. 3207811861 correo_jgonzaleza43@gmail.com; y dirigido por la docente Martha Cecilia Ospina Uribe CC. 30297606 cel. 3173725507 correo martha.ospina01@usc.edu.co

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Identificar los métodos de evaluación y abordaje por parte del personal de enfermería en el manejo no farmacológico del dolor en una unidad de cuidado intensivo pediátrico de Cali durante el periodo 2019A y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar:

Se debe llenar una encuesta donde la primera parte lleva la información sociodemográfica, son preguntas cerradas, la segunda parte va direccionada sobre los diferentes tipos de valoración del dolor existentes, al final los participantes realizaran análisis de los resultados de estas encuestas.

- me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado 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, (derechos del participante) para fines académicos. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo.

- Sé que el beneficio de este trabajo es: Identificar los métodos de evaluación y abordaje por parte del personal de enfermería en el manejo no farmacológico del dolor en una unidad de cuidado intensivo pediátrico de Cali durante el periodo 2019A para: aportar al cuidado de los niños y que sirva de base para futuras investigaciones. 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 presente 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: esta investigación y firmo a continuación:

NOMBRE PARTICIPANTE

FIRMA

CC: _____

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.:



14.2 ENCUESTA

Marcar con cruz, círculo, letra o número según corresponda

Datos sociodemográficos:

Edad:

Género:

 M F

Procedencia:

1. Años de trabajo como enfermero de pediatría:
2. Nivel de formación alcanzado: auxiliar enfermero
3. ¿conoce las escalas de valoración del dolor en el niño? SI NO
 Si su respuesta es **SI**, indique cuáles: _____
4. ¿Cómo reconoce usted en su trabajo diario que un niño presenta dolor?
 - a. Por medio de escalas
 - b. Por cambios fisiológicos
5. Si su respuesta es por escalas escriba cuál usa _____
6. Si su respuesta es por cambios fisiológicos, indíquelos (opción múltiple)
 - a. Alteración de los signos vitales
 - b. Facies de dolor
 - c. Sudoración
 - d. Manifestación verbal del niño
 - e. Pobre ingesta nutricional
 - f. Alteración el en patrón del sueño
 - g. Irritabilidad y/o llanto
7. ¿Con qué frecuencia valora el dolor?
 - a. Siempre b. Algunas veces c. Nunca
8. ¿En qué momento realiza la valoración?

- a. Antes b. Durante c. Después

9. ¿Considera que las técnicas no farmacológicas son efectivas para el manejo del dolor?

SI NO

10. ¿Considera que los padres deben estar presente durante los procedimientos dolorosos?

SI NO

11. ¿Aplica las escalas de valoración del dolor en el niño?

- a. Siempre b. Algunas veces c. Nunca

12. ¿Considera necesario el registro del dolor del paciente en la historia clínica por parte de enfermería?

- a. Siempre b. Algunas veces c. Nunca

13. ¿Registra en la historia clínica cuando el niño presenta dolor?

- a. Siempre b. Algunas veces c. Nunca

14. ¿Considera que el cuidado de enfermería en el manejo del dolor es importante?

- a. Siempre b. Algunas veces c. Nunca

15. ¿Ha recibido capacitación sobre el manejo del dolor en el niño en el último año?

SI NO

16. ¿Qué técnicas no farmacológicas usa para el manejo del dolor?

Explicar el procedimiento

Música

Distracción

Hablarle

Jugar

Recompensas

Uso de dispositivos