

UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

**CUIDADO ENFERMERO EN LA EVITACIÓN DEL DOLOR EN
NEONATOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE - 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
“ÁREA DEL CUIDADO PROFESIONAL: ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS CON MENCIÓN EN
NEONATOLOGÍA”**

INVESTIGADORAS:

Lic. Enf. COTRINA DIAZ MARIA LUSBETI

Lic. Enf. IGNACIO SALAZAR DORLIZA

ASESORA:

Dra. CLARIVEL DE FÁTIMA DÍAZ OLANO

LAMBAYEQUE, 2019

Dra. Lucia Aranda Moreno
Presidente

Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla
Secretaria

Mg. Ana Medalid Deza Navarrete
Vocal

Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano
Asesor

ACTA SE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDAPH

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 1480-2019-UPG^{FE} Folio N° 223

Licenciada: Darling Ignacia Salazar en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 3 pm
horas del día 9 de Agosto 2019, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 819 - 2018 - D - FE

PRESIDENTE: Dra. Lucía Ananda Moreno

SECRETARIO: Dra. Epigonia Rosalia Santa Cruz Revilla

VOCAL: Mg. Ana Medalid Dega Navarrete

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

Cuidado Enfermero en la Evitación del Dolor en Neonatos
de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - Hospital
Regional Lambayeque - 2018

.....patrocinada por el profesor
(a) Dra. Glorivul de Fátima Díaz Olano

Presentada por el (los) Licenciados (as):

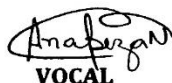
Darling Ignacia Salazar
Maria Lusbeti Cotrana Diaz

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: "Área del
Cuidado Profesional: Especialista en Enfermería en Cuidados
Críticos con mención en Neonatología"

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar,
declaró Aprobada por Unanimidad, la tesis con el calificativo de Muy Buena
debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE


VOCAL


SECRETARIO


PATROCINADOR

ACTA SE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDHP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 1481-2019-UPG-FC Folio N° 223
Licenciada: Costrina Díaz María Luribeti en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 3 pm
horas del día 9 de Agosto 2019, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 819-2018-D-FC
PRESIDENTE: Dra. Lucia Ananda Momo
SECRETARIO: Dra. Epigenia Rosalía Sante Cruz Revilla
VOCAL: Mg. Ana Meda Lid Daza Navarrete
Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:
Cuidado Enfermero en la Evitación del Dolor en Neonatos
de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
Hospital Regional Lambayeque - 2018
patrocinada por el profesor
(a) Dra. Celanival de Fatima Díaz Olamo
Presentada por el (los) Licenciados (as):
Costrina Díaz María Luribeti
Ignacio Salazar Dorliga
Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: Área del
Cuidado Profesional: Especialista en Enfermería en
Cuidados Críticos con énfasis en Neonatología
Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar,
declaró Aprobada por Unanimidad la tesis con el calificativo de Muy Buena,
debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE


VOCAL


SECRETARIO


PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotras, **MARÍA LUSBETI COTRINA DÍAZ y DORLIZA IGNACIO SALAZAR**, Investigadoras Principales y **Dra. CLARIVEL DE FÁTIMA DÍAZ OLANO**, Asesora del Trabajo de Investigación: **“CUIDADO ENFERMERO EN LA EVITACIÓN DEL DOLOR EN NEONATOS EN LA UCI NEONATAL - HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE - 2019”**, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y/o por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar, que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 09 de agosto de 2019.

Lic. Enf. Cotrina Diaz Maria Lusbeti
Investigadora

Lic. Enf. Ignacio Salazar Dorliza
Investigadora

Dra. Clarivel De Fátima Díaz Olano
Asesora

DEDICATORIA

*A Dios, por permitirme llegar hasta donde
estoy, por sus bendiciones y amor
incondicional.*

*A mis padres, Esposo por su constante
apoyo, sabios consejos y enseñanza que me
permiten cumplir cada uno de mis sueños y
enfrentar cada obstáculo de la vida.*

*A mis hijos, Abner y Luciana, por ser ellos mi
motor y motivo para salir adelante y con ellos
seguir cumpliendo todas mis metas trazadas.*

Lusbeti.

DEDICATORIA

A Dios Y la Virgen ya que es mi mayor pilar, mi apoyo que me dan la fuerza todos los días para culminar con mucha satisfacción este proyecto de vida.

A mis padres, Martin y Dorliza por el esfuerzo de haberme hecho una persona de bien.

A Romel, Karen y yerick por su amor y cariño. Por estar siempre presente en cada momento importante de mi vida y siempre avanzar juntos en esta etapa familiar.

Dorliza.

AGRADECIMIENTO

A las enfermeras del servicio de la UCIN del Hospital Regional Lambayeque y en especial a las que han participado en este estudio. Nuestra gratitud más profunda por brindarnos sus vivencias profesionales, su testimonio y la entrega generosa de su tiempo, así como su sinceridad sin ello no hubiera sido posible concretizar esta investigación. Gracias por permitirnos sistematizar el conocimiento en apoyo a esos seres tan indefensos como son los recién nacidos a los cuales cuidan y sobre quienes recaerá los beneficios de este estudio, al mejorar la calidad de cuidado enfermero que reciban.

A la Dra. Clarivel de Fátima Díaz Olano, por acceder asesorarnos incondicionalmente, por su calidad personal y profesional, por su paciencia y dedicación en el asesoramiento del presente trabajo. A ella nuestra gratitud.

A Todos aquellos familiares y amigos que no recordamos al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son.

Lusbeti y Dorliza

ÍNDICE

ACTA SE SUSTENTACIÓN	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	viii
ÍNDICE.....	ix
RESUMEN	x
ABSTRAC	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	7
1.1. Antecedentes de la Investigación	7
1.2. Bases Teóricas Conceptuales	10
1.3. Escenario	20
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
2.1. Tipo de investigación	23
2.2. Abordaje de la investigación	23
2.3. Población y Muestra.....	27
2.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	28
2.5. Análisis de los Datos	31
2.6. Criterios de Rigor Científico	31
2.7. Principios Éticos.....	33
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES.....	72
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
APÉNDICE	83

RESUMEN

En las UCIN, los neonatos son sometidos a procedimientos terapéuticos que ocasionan dolor pudiendo causar una alteración en el procesamiento cerebral y un comportamiento inadaptado en el futuro, junto a que no puede expresar lo que sienten se convierte en un reto importante para las enfermeras que lo cuidan. Esta problemática motivo a interrogarnos: ¿Cómo es el cuidado enfermero en la evitación del dolor en neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales- Hospital Regional Lambayeque -2019?, con el objetivo de caracterizar y comprender como es su cuidado. La investigación fue de tipo cualitativa, con abordaje de estudio de caso, la muestra fue obtenida por saturación y redundancia conformada por 8 enfermeras. En la recolección de datos se utilizó: Entrevista abierta a profundidad, observación participante y análisis documental. Obteniéndose como resultados: Las enfermeras en el cuidado del dolor aplican el proceso de atención de enfermería en todas sus fases valoran a través de manifestaciones clínicas, el diagnóstico lo realizan a través de un formato preestablecido, planifican en aspectos como: Manipulación mínima, confort, cuidado de la piel, accesos venosos y el neurodesarrollo, en la ejecución emplean medidas farmacológicas y no farmacológicas y en la evaluación se miden resultados de las intervenciones realizadas de manera personal. El cuidado va más allá identificándose el inicio de un cuidado humano en donde establecen una relación de ayuda y confianza, propician un macro y microambiente adecuado poniendo énfasis en el amor y la caricia vital.

Palabras clave: cuidado enfermero, dolor, neonato, proceso de atención de enfermería, neurodesarrollo.

ABSTRAC

In NICU, neonates are subjected to therapeutic procedures that cause pain, which can cause an alteration in brain processing and maladaptive behavior in the future, together with the fact that they can not express what they feel becomes an important challenge for the nurses who they take care. This problematic motive to ask ourselves: How is nursing care in the avoidance of pain in neonates of the Neonatal Intensive Care Unit - Lambayeque Regional Hospital -2019 ?, with the objective of characterizing and understanding how is their care. The investigation was qualitative, with a case study approach, the sample was obtained by saturation and redundancy made up of 8 nurses. In the data collection, the following was used: In-depth open interview, participant observation and documentary analysis. Obtaining as results: Nurses in pain care apply the process of nursing care in all its phases assessed through clinical manifestations, the diagnosis is made through a pre-established format, planned in aspects such as: Minimum manipulation, comfort, skin care, venous access and neurodevelopment, in the implementation employ pharmacological and non-pharmacological measures, in the evaluation are measured results of interventions made in a personal way. The care goes beyond identifying the beginning of a human care where they establish a relationship of help and trust, propitiate an appropriate macro and microenvironment with emphasis on love and vital caress.

Key words: Nurse care, pain, neonate, nursing care process, neurodevelopment.

INTRODUCCIÓN

Los neonatos tienen una mayor sensibilidad al dolor y son más reactivos que los niños mayores y adultos, son susceptibles a los efectos asociados con el dolor a largo plazo. Los estudios han demostrado que el manejo inadecuado del dolor en los recién nacidos (RN) y prematuros puede causar una alteración perpetua en el procesamiento cerebral y un comportamiento inadaptado en el futuro. El dolor también puede tener cierto impacto perjudicial en la capacidad posterior de un bebé para aprender y recordar información nueva¹.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, el dolor se define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño tisular real o potencial². Es conocido como el quinto signo vital, es un fenómeno común y todos los bebés están expuestos regularmente al dolor en una etapa temprana de sus vidas y los profesionales de la salud deben monitorearlo y manejarlo. Los bebés que reciben tratamiento en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales) a menudo sienten dolor, generalmente durante períodos prolongados, el estrés debido al dolor también conduce a una disminución permanente de las dendritas del hipocampo³.

Evaluar el dolor en el neonato no es fácil porque este no puede expresar lo que siente y depende de que otros interpreten su experiencia para tratarlo por lo que identificar y cuantificar el dolor es un reto importante para las enfermeras que lo cuidan⁴.

En la (UCIN) los neonatos son sometidos a una serie de procedimientos e intervenciones terapéuticas que ocasionan dolor que no siempre es causado por la patología de ingreso del neonato; en la mayoría de casos el dolor es provocado por las técnicas diagnósticas que realiza el personal de salud¹.

Según estadísticas de Estados Unidos, ingresan a la UCIN, cerca de 300,000 neonatos al año, siendo estos expuestos a varios procedimientos de tratamiento y a la mayoría se les efectúan de 10 a 14 en forma diaria y sólo la tercera parte recibe analgésico en dosis y momento adecuado; en América Latina como en el Perú existen escasos estudios al respecto⁵.

Las enfermeras son las que más tiempo permanecen con el neonato y día tras día confrontan con procedimientos dolorosos, su rol encierra la valoración del dolor, la aplicación de métodos farmacológicos, no farmacológicos y el seguimiento de las medidas acogidas para su alivio². Generalmente las enfermeras en las UCIN valoran el dolor solo cuando hay manifestaciones de su presencia, a través del llanto, pero no utilizan métodos objetivos para su valoración o toman medidas previas para evitarlo antes de realizar cualquier procedimiento.

La estructura de la UCIN del Hospital Regional Lambayeque, cuenta con la capacidad de seis incubadoras y por la alta demanda se atiende a siete neonatos aumentando la atención por parte de la enfermera que tiene que cuidar hasta 4 neonatos, que según la norma técnica de los servicios de cuidados intensivos de los hospitales del sector salud debe ser 01 Enfermera asistencial por cada 02 neonatos; convirtiéndose muchas veces en una limitante para realizar una adecuada y completa valoración en el neonato.

En dicho hospital se atiende entre 25 y 30 neonatos por mes, los cuales son sometidos a múltiples procedimientos dolorosos repetidos como: Colocación de sonda oro gástrica, sonda vesical, aspiración de secreciones, canalización de vías endovenosas, inserción de catéteres percutáneos, toma de glicemia, extracción de muestras sanguíneas junto al constante retiro de cintas adhesivas que lastiman la piel, etc. La enfermera identifica el dolor cuando él bebe llora y/o está irritable por lo que se brinda sacarosa a diferentes

concentraciones; pero no se realiza previo a procedimientos dolorosos así mismo realiza la sujeción en momentos de irritabilidad y en pocas ocasiones los bebés pos operados reciben algún tratamiento farmacológico para el dolor.

Frente a ello la enfermera debe brindar un cuidado holístico satisfaciendo las necesidades del neonato en todos sus aspectos; sin embargo en nuestro quehacer diario observamos que el personal de enfermería muchas veces se encamina al tratamiento de las patologías de origen postergando a un segundo término el cuidado para aliviar el dolor que presentan los neonatos frente a los procedimientos.

Pereira M⁶, en el 2012 informa que para combatir el dolor neonatal existen medidas farmacológicas como no farmacológicas. Al tratarse del neonato como un ser vulnerable, hay que tener en cuenta el tratamiento del dolor y que las intervenciones ofrezcan la máxima eficacia con el menor riesgo. Además, la estrategia a elegir dependerá en gran medida de una adecuada y correcta evaluación del mismo.

Frente a la problemática descrita, se plantean diversas interrogantes como: ¿Cómo valora la enfermera el dolor?, ¿Cómo actúan las enfermeras para mitigar el dolor en procedimientos dolorosos? ¿Qué guía y/o escala utiliza la enfermera para valorar el dolor?, ¿Qué medidas farmacológicas y no farmacológicas utilizan las enfermeras para tratar y aliviar el dolor?. Estas interrogantes permitieron el planteamiento del problema de investigación. ¿Cómo es el cuidado enfermero en la evitación del dolor en neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales- Hospital Regional Lambayeque -2019? ”, Constituyendo el objeto, el Cuidado enfermero en la evitación del dolor en neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Lambayeque -2019 y el objetivo de investigación: Caracterizar y comprender el Cuidado enfermero en la evitación del dolor en

neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Lambayeque -2019.

La presente investigación se justifica porque las enfermeras desempeñan un papel crucial en la evaluación, manejo y el alivio del dolor de los neonatos, de hecho son las principales observadoras del dolor y el sufrimiento de estos durante las 24 horas del día, por lo que deben valorarlo de manera objetiva, tener presente que éste niño, es sometido a diversos procedimientos invasivos que le originan dolor y por tanto sufrimiento. La insatisfacción de esta necesidad podría derivar en experiencias negativas que atenten contra su desarrollo, además corresponde a la práctica ética enfermera la no maleficencia. Sin olvidar que según la Teoría Psicosocial de Erik Erikson, el recién nacido se encuentra en la etapa de desarrollo de confianza vs desconfianza, lo que filosóficamente sustenta que la evitación de dolor generará información positiva para el futuro, máxime si asumimos que en este período el bebé es receptivo a los estímulos ambientales, es por ello sensible y vulnerable a las experiencias de frustración. La desconfianza frena la curiosidad que los niños tienen por conocer cosas nuevas y crean vínculos inestables e inseguros con el entorno⁷.

Resulta prioritario documentar el dolor en el neonato, por el daño a corto y largo plazo que ocasiona como: Sensibilidad alterada al dolor, alteraciones en el neurodesarrollo, anormalidades neuroanatómicas y de conductas permanentes. El estrés prolongado derivado del dolor ocasiona disminución de las dendritas del hipocampo; por lo tanto, es de suma importancia llevar a cabo el manejo óptimo del dolor⁸.

El Hospital Regional Lambayeque es centro referencial en la región norte y oriente del País, con nivel de atención III-I. El servicio de la UCIN, proporciona cuidado a neonatos críticos inestables cuya condición patológica afecta uno o más sistemas poniendo en riesgo su vida y en la práctica diaria se observa que ellos son sometidos a una serie de procedimientos e

intervenciones terapéuticos que producen dolor, el manejo que se lleva a cabo está encaminado al tratamiento de la patología de base o del motivo de hospitalización; sin embargo, se debe buscar que el cuidado sea holístico logrando satisfacer cada una de las necesidades.

Los resultados de la presente investigación pueden aportar para fundamentar la implementación del uso de escalas de valoración del dolor, asumiéndolo como el este el quinto signo vital a valorar en el neonato y como un instrumento de seguridad y salud; en especial el cuidado del neurodesarrollo. Además servirá para proponer planes de mejora en el cuidado de neonatos que experimentan dolor, como es la utilización de medidas farmacológicas y no farmacológicas emergentes, innovadoras, no convencionales en el tratamiento del dolor, también servirá para futuras investigaciones, así como bibliografía en la formación de enfermeras en pre y post grado.

El presente informe está estructurado como se muestra a continuación: Capítulo I Diseño Teórico, incluye: Antecedentes de investigación, Bases teóricas Conceptuales y Marco Contextual, Capítulo II Diseño Metodológico que explica: Tipo de Investigación, Abordaje de la Investigación, Población , Muestra, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Análisis de Datos, Rigor Científico y Principios éticos, Capítulo III incluye Resultados y Discusión, Capítulo IV, Consideraciones finales y Capítulo V. Recomendaciones.

CAPÍTULO I

DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Investigación

Realizando una búsqueda minuciosa de investigaciones coherentes con nuestro objeto de estudio a nivel internacional, nacional y local, las investigadoras consideran las siguientes investigaciones por tener relación y que podrían servir para el análisis.

A nivel internacional se encontraron los siguientes estudios:

Paredes J, Zurita T⁹. En Ecuador en el año 2016, realizaron la investigación titulada “Evaluación y manejo del dolor en neonatos por parte del personal profesional de enfermería, en el Servicio de Neonatología del Hospital San Francisco de Quito.” El objetivo de esta investigación fue determinar los criterios e instrumentos utilizados por el profesional de enfermería para evaluar el dolor en la unidad de Neonatología del Hospital San Francisco de Quito en un periodo establecido. Llegando a las siguientes conclusiones: Los profesionales de enfermería no usaron ninguna escala para la valoración del dolor en neonatos. Sin embargo, si usaron criterios para evaluarlo como: Alteración de signos vitales siendo la desaturación de oxígeno el parámetro más valorado en un 89.4%, seguida de llanto fuerte con un 87,2%. Se evidencia que la principal causa del dolor en un 99.6% es la aplicación de la profilaxis intramuscular de vitamina K, seguido de punciones capilares en un 94.7%. La principal complicación del dolor fue la hipoglicemia en un 26%, seguida de la desaturación de oxígeno con un 24.5%. Por lo que se puede concluir que la implementación de escalas de valoración del dolor en neonatos evitaría las complicaciones de los pacientes, mejorando su bienestar físico y emocional.

Godoy A, Oliva V¹⁰. En Argentina en el año 2015 realizaron la investigación. “Conocimientos y manejo de las técnicas del control del dolor en pacientes neonatos por el personal enfermero en la Unidad de terapia intensiva neonatal de la clínica maternidad CERHU”. El Objetivo fue determinar el nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre valoración y manejo de las técnicas del control del dolor en pacientes neonatales en la unidad de cuidados intensivos. Los resultados fueron: El 94% del personal de enfermería son de sexo femenino, el 41% son de 20 a 25 años de edad, en formación académica el 47% son enfermeras /os universitaria/os, el 53% del total poseen experiencia menos de 1 año como enfermero neonatal, tienen cursos de capacitación sobre manejo del dolor el 47%, el 82% afirma que no existe un protocolo escrito de manejo y control del dolor en el área de trabajo. Al investigar sobre conocimientos del dolor en el neonato prematuro el 30% desconoce y en la identificación de este el 24% también desconoce.

Asadi N, Tavassoli M, Yousefi H et al¹¹. En Irán en el año 2014 realizaron la investigación. “Manejo del dolor en los recién nacidos: ¿Que saben realmente las enfermeras”, el objetivo de este estudio fue determinar el conocimiento, la actitud y el rendimiento en relación con el manejo del dolor en neonatos por parte de las enfermeras que trabajan en unidades neonatales en los hospitales de la Universidad de Bandar Abbas. Los resultados mostraron que las enfermeras tuvieron un desempeño deficiente con respecto a la evaluación, la medición y el alivio del dolor. Sin embargo, mostraron actitudes positivas hacia el control del dolor en los recién nacidos.

Martínez M¹². En México en el año 2014, realizaron la investigación. Propuesta de cuidados de enfermería para el control del dolor neonatal ante procedimientos invasivos. El objetivo fue Identificar qué tipo de cuidados aplica el personal de enfermería del

CEMEV (Centro de Especialidades médicas del estado de Veracruz) para el control del dolor neonatal. Los resultados de este estudio arrojaron que las enfermeras no desconocen el problema pues más del 90% de los encuestados si identifican que el dolor es causado por procedimientos. En relación a la identificación del dolor neonatal, el 42% lo hace mediante el llanto, 25% taquicardia ,13% coloración de la piel y el 4% lo identifica mediante la irritabilidad. El 54%, de los encuestados saben de la existencia de cuidados no farmacológicos para controlar el dolor neonatal, entre los que más han utilizado según los resultados tenemos la aplicación de solución glucosa por vía sublingual con un 60%, cargar al neonato y arrullarlo con un 20%, el 9.1% menciona otro tipo de cuidado no farmacológico como son el canto, contacto directo con la madre y la colocación de algodón en manos durante el procedimiento invasivo. Referente a los cuidados que emplean para controlar el dolor neonatal tenemos: Promover el descanso y el sueño con un 100%, limitan las manipulaciones bruscas e innecesarias con un 90%, posicionan al neonato durante y después del procedimiento así como lo envuelven en alguna manta (contención) también con un 90%. En cuanto a la existencia de instrumentos como escalas para medirlo más de la mitad sabe de su existencia, sin embargo el 82% desconoce si en su área de trabajo emplean alguna y el 100% de los encuestados jamás las han utilizado.

A nivel nacional se encontró el siguiente estudio:

Huarca E, Vásquez A¹³. En Lima en el 2018, realizaron la investigación. “Eficacia de las diferentes intervenciones de enfermería no farmacológicas en el manejo del dolor neonatal durante procedimientos dolorosos”. El Objetivo fue: Analizar las evidencias sobre la eficacia de las diferentes intervenciones no farmacológicas en el manejo del dolor neonatal durante procedimientos dolorosos. Los resultados fueron: Todas las

intervenciones no farmacológicas tuvieron un resultado positivo, destacando algunas sobre otras, mejorando sus efectos a través de las combinaciones realizadas; de los 10 artículos tomados como muestra, se evidencia un alto grado de eficacia en las diferentes intervenciones no farmacológicas en el manejo del dolor neonatal.

A nivel local se encontró la siguiente investigación:

Burga L, Paredes R¹⁴. En Chiclayo en el año 2014, realizaron la investigación. “Actitud de la enfermera frente al dolor del neonato en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente las Mercedes”. Su objetivo fue analizar y describir la actitud de la enfermera frente al dolor del neonato. Encontraron que las enfermeras identifican el dolor del neonato a través de la manifestación de su llanto, de la alteración de los signos vitales, entre ellos mencionan la frecuencia respiratoria, cardíaca y finalmente la saturación de oxígeno. Para brindar un alivio del dolor del neonato más eficaz en su totalidad, se requiere que el equipo de salud tenga como nexos directos a la familia en particular con la madre.

1.2. Bases Teóricas Conceptuales

En la presente investigación nuestro objeto de estudio es el cuidado enfermero en la evitación del dolor en neonatos de la UCIN; para la construcción del marco teórico, se tuvo en cuenta aspectos relacionados con el Cuidado enfermero, metodología del cuidado enfermero, fisiología del dolor, cuidado al neonato con problemas de dolor, medidas farmacológicas y no farmacológicas y escalas para valorar el dolor, todo ello sustentado en la Teoría de Jean Watson del cuidado Humano, que va más allá de una

evaluación objetiva si no que engloba también lo subjetivo y la actitud que adopta la enfermera en el manejo del dolor del neonato.

Virginia Henderson refiere que el cuidado es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud, recuperación y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

Waldow, define al cuidado como un proceso eminentemente humano en donde se reconoce que el ser humano se confronta consigo mismo solo en relación con el otro. Para la enfermera el cuidar se convierte en un verdadero sentido desde el momento en que se relaciona con otro ser, ahí es donde se expresa su conocimiento, sensibilidad, espiritualidad y habilidad técnica, se busca el crecimiento y el bienestar de la persona que cuida¹⁵.

Watson en el 2004, refiere que el cuidado es una interacción personal, basada en las experiencias mutuas de reciprocidad interactiva que permite a la enfermera crecer como persona y encontrar significados tanto en su propia existencia como en las experiencias de cuidar, las relaciones dejan de ser interpersonales para trascender a lo transpersonal.

Uno de los sustentos metodológicos más importantes de la disciplina de enfermería es el proceso de Atención enfermero (PAE), el cual se fundamenta en el método científico. El PAE es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería realiza apoyándose en modelos y teorías con el fin de asegurar que la persona reciba los mejores cuidados de forma racional, lógica y sistemática, esta metodología plantea un enfoque de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud que permite crear un plan de cuidados individualizados centrado en las respuestas humanas¹⁶.

El PAE consta de 5 etapas que constituyen: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. La primera fase constituye la base de las demás etapas, siendo considerada como la piedra angular del PAE. La identificación del dolor en el neonato es difícil porque no lo verbalizan sin embargo, la enfermera de la UCIN debe conocer los cambios subjetivos y objetivos del dolor.

La segunda etapa, es el Diagnóstico requiere la aplicación del pensamiento crítico, es decir el profesional de enfermería tiene que tener la capacidad de identificar con precisión los problemas basándose en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales¹⁶.

La Planificación es la tercera etapa, donde se elaboran metas u objetivos definiendo los resultados esperados respaldados con el uso de la NOC (Nursing Outcomes Classification). Y posteriormente la determinación de intervenciones o actividades de cuidado según NIC (Nursing Interventions Classification) para prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados; finalmente se culmina con el registro del plan elaborado.

La cuarta etapa corresponde a la Ejecución, que es la aplicación del plan de cuidado, en la cual se realizan todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de Problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada¹⁶.

La Evaluación, es la etapa donde se compara el estado de salud de las personas con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir se miden los resultados obtenidos, dicha evaluación se realiza continuamente en cada una

de las etapas del PAE. La evaluación debe ser continua, así podemos detectar como evitar el dolor en el neonato y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva¹⁶.

El dolor es una angustiosa experiencia asociada a daño tisular, real o potencial con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales, el desarrollo normal de la transmisión y modulación del dolor, experimenta rápido crecimiento a partir de las 22 semanas de gestación y alcanza la función madura alrededor de los dos meses de edad posnatal, el mecanismo fisiológico involucrado en el fenómeno del dolor se conoce como nocicepción que se refiere a la habilidad del nervio para detectar un estímulo nocivo y transmitir la información al cerebro para su interpretación⁸.

El neonato es definido como un recién nacido que abarca desde el nacimiento hasta los 28 primeros días de vida son los que tienen un mayor riesgo de morbi mortalidad, por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud¹⁷.

El profesional de enfermería debe brindar una atención integral que involucre tanto al neonato y a la familia, proporcionándoles un completo bienestar físico, social, psicológico y espiritual. En tal sentido, el cuidado que brinde la enfermera en el servicio de UCIN, debe ser un cuidado de relación de ayuda, interacción mutua y confianza en donde las experiencias sean mutuas de reciprocidad interactiva que permite a la enfermera crecer como persona y encontrar significados tanto en su propia existencia como en las experiencias de cuidar, las relaciones dejan de ser interpersonales para trascender a lo transpersonal.

Para ello es importante promover un entorno saludable, brindar cuidados coherentes teniendo en cuenta valores, creencias y modos de vida. La enfermera al relacionarse con el neonato expresa conocimiento, sensibilidad, espiritualidad y habilidad técnica donde se busca el crecimiento y el bienestar del neonato.

Los parámetros del dolor más conocido es el llanto, sin embargo, su ausencia no indica falta de éste, a través de la monitorización continua de neonatos expuestos a estímulos nociceptivos se ha demostrado alteraciones de las constantes vitales que no necesariamente son producidas por la enfermedad de base, esto ha dado los fundamentos para entender las manifestaciones del dolor en esta población. Entre los cambios o manifestaciones de dolor en los neonatos son: Llanto, Expresión facial (gesticulaciones: contracción de cejas, párpados, área nasolabial y apertura de boca), movimientos corporales¹⁸.

Los indicadores fisiológicos del dolor se asocian a cambios en la frecuencia cardiaca, respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno (SO₂), presión intracraneal, respuesta humoral y metabólica (liberación de: catecolaminas, glucagón, cortisol, hormona del crecimiento y supresión de la secreción de insulina), sudación de las palmas y alteraciones vasculares¹⁸.

En el Servicio de la UCIN del Hospital Regional Lambayeque, es importante que exista un plan de cuidados para evitar el dolor en el neonato, el cual debe efectuarse desde el momento que el neonato va a ser sometido a un procedimiento. Los profesionales de enfermería deben comprender, que el dolor es un fenómeno complejo que exige la intervención temprana, garantizando la excelencia en los cuidados, evitando la aparición de complicaciones mediatas e inmediatas en el desarrollo de los neonatos. Por lo tanto,

los cuidados que la enfermera brinde deben ser claros, objetivos y de forma permanente, teniendo en cuenta el uso de medidas no farmacológicas y farmacológicas.

Dentro de este grupo de medidas contra el dolor de origen no farmacológico, se encuentran las acciones de tipo ambiental, nutricional y conductual, que sobre todo se centran en conseguir la disminución de los niveles de estrés del neonato, aumentando su comodidad y estabilidad, la agrupación de tareas es la base esencial entre las acciones de tipo ambiental, evitando el envío constante de estímulos externos al neonato y respetar así su ciclo de sueño y el tiempo de alimentación del neonato².

Acompañado a ello actualmente existe una corriente en el cuidado de los recién nacidos pretérmino, denominada Cuidados Centrados en el Desarrollo y la familia (CCD). Estos se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente, que aplica al periodo neonatal, intentando optimizar tanto el macroambiente (ruidos, luces) como el microambiente (postura, manipulaciones, dolor) en el que se desarrolla el niño y por supuesto, implica a la familia para potenciar su papel de cuidador principal del prematuro, de una manera activa y continuada¹⁹.

Cada día se recomienda y se usa más el tratamiento no farmacológico para el dolor ya que son intervenciones que han demostrado ser eficaces, a la vez que tienen buena tolerancia, tienen efectos secundarios mínimos y además no son caras. Entre ellos se encuentra la administración de sacarosa oral sus propiedades analgésicas parecen estar relacionados con los receptores opiáceos endógenos, todavía no existe un consenso en la concentración de la solución oral a preparar, ni en la dosis optima a administrar. La más recomendada es la que se encuentra en el rango entre 24 y 30%, esta concentración cuando se trate de neonatos a término, ya que es importante recordar, que en niños prematuros esta concentración ha de ser menor, debido a la alta osmolaridad²⁰.

La succión no nutritiva (o uso del chupete) es una de las medidas tranquilizadoras más antiguas y más inherentes al ser humano, ya que llevarse la mano (o el dedo) a la boca para succionarlo es un reflejo auto tranquilizante del neonato. La succión provoca la liberación de serotonina sustancia que modula la transmisión y procesamiento del dolor. Esta medida tiene eficacia inmediata, aunque su efecto termina al cesar la propia succión, junto con estos, la contención y las medidas posturales juegan además un papel importante en la prevención del dolor ante procedimientos dolorosos. La contención de un neonato consiste en la colocación de las extremidades tanto inferiores como superiores del bebe en una posición de flexión hacia la línea media y cerca del tronco. Esta posición ha demostrado tener un efecto beneficioso tanto en la recuperación de la frecuencia cardiaca tras un procedimiento doloroso, como en la disminución del tiempo de interrupción del sueño tras este mismo².

La vibración mecánica, también denominada como estimulación competitiva, consiste en dar suaves roces, o golpecitos y /o vibraciones en una extremidad antes o durante el procedimiento potencialmente doloroso en la extremidad colateral, también ha de ser un tratamiento a tener en cuenta a la hora de manejar el dolor en recién nacidos²⁰.

Por último, el método canguro está definido como una intervención naturalista multinivel que consiste en utilizar la posición canguro (posicionar al niño de forma vertical entre los pechos de la madre y debajo de la ropa) y dar el pecho. Este método combina varios de los condicionantes que crean un ambiente adecuado para la prevención del estrés en un neonato: la contención, el sonido rítmico y suave del latido del corazón, los movimientos rítmicos de la respiración, el calor materno, además de la postura en prono y como ya hemos comentado con anterioridad toda intervención que

ayude a disminuir el estrés y a prevenir el dolor, debido a que estos se encuentran estrechamente unidos²⁰.

Cuando las intervenciones son invasivas y producen daño de los tejidos es necesario utilizar medicamentos para tratar el dolor. Entre ellos tenemos. Los Analgésicos/ no esteroideos que tienen efecto analgésico, antiinflamatorio y antipirético. Existe evidencia de su eficacia en el manejo del dolor leve a moderado en pacientes pediátricos, pero no existen estudios aleatorizados en recién nacidos, sus efectos secundarios, como la disfunción renal, hepática y la alteración en la agregación plaquetaria e hipertensión pulmonar, limitan su indicación como analgésicos en el período neonatal. El paracetamol es el fármaco más común para tratar dolor leve a moderado o como suplemento de la analgesia con opioides, reduce los requerimientos de morfina y evita sus efectos secundarios como el vómito².

Tenemos también al Fentanilo que es un opioide analgésico, de 50 a 100 veces más potente que la morfina, su efecto analgésico es rápido, puede indicarse en bolos de administración lenta cada 2 a 4 horas o en infusión continua. La interrupción súbita de la administración de fentanilo puede causar síndrome de abstinencia después de 5 días, por lo que la dosis diaria debe disminuirse de 10% a 20% de la dosis original y administrar en forma intermitente antes de discontinuarlo. La Morfina, es el fármaco más utilizado para analgesia en neonatos, su tiempo medio de acción es de 5 minutos y su efecto máximo se alcanza en 15 minutos, es un analgésico potente, sus efectos secundarios son: hipotensión arterial, necesidad prolongada de ventilación mecánica e incremento del tiempo en alcanzar alimentación enteral exclusiva⁸.

También tenemos al Midazolam, es un sedante potente, ansiolítico, hipnótico, el comienzo de acción es entre los cinco y quince minutos, su vida media es de 30 a 120

minutos, que puede prolongarse en recién nacidos pre término o críticamente enfermos, sobre todo con daño renal agudo⁸.

La UCIN del Hospital Regional Lambayeque cuenta con un formato de monitoreo de enfermería en el se plasman datos del recién nacido, valoración por patrones de Margory Gordon, diagnósticos según NANDA y anotaciones de los cuidados de enfermería.

Es importante que existan instrumentos que sean realmente factibles en la práctica diaria para la evaluación del dolor en neonatos. Frente a ello existen escalas para la evaluación del dolor que poco se conocen y mucho menos se aplican:

Martínez M, 2014¹², Propone escalas para evaluar y controlar el dolor neonatal.

Neonatal Infant Pain Scales (NIPS): Valora las reacciones del comportamiento como respuesta al estímulo doloroso, describe cambios en la expresión facial, llanto, patrón respiratorio, movimientos de brazos, piernas y el estado al despertar. Esta escala no debe utilizarse de forma aislada, debe tenerse en cuenta el estado global del niño y su ambiente.

Premature Infant Pain Profile (PIPP): Es una escala de medida multidimensional desarrollada para la valoración del dolor en bebés nacidos a término y pre término, se compone de siete parámetros que incluyen indicadores de conducta, de desarrollo y fisiológicos. Cada indicador se valora de 0 a 3, un rango de 21 corresponde a una edad gestacional menor a 28 semanas, y para más de 36 semanas el máximo es de 18. Para todas las edades gestacionales un valor menor o igual a 6 indica la no existencia de dolor o la presencia de un mínimo dolor, y valores mayores o igual a 12 indican dolor moderado o intenso. Ha sido validado para el dolor postoperatorio y para determinar la

eficacia de la sacarosa en intervenciones no farmacológicas en niños pre término y grandes prematuros.

CRIES Score (Crying, Requires Oxygen Saturation, Increased Vital Signs, Expresión and Sleeplessness) Valora el dolor postoperatorio tiene en cuenta: (llanto, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y tensión arterial Sistólica, expresión facial y periodos de sueño) con una valoración máxima de 10 Puntos, cada parámetro tiene una valoración de 0, 1 ó 2.

Neonatal Facing Coding System (NFCS): Valora el dolor ante procedimientos y requiere entrenamiento y tiempo para la Codificación. Es una medida descriptiva basada en la expresión facial, por lo que puede presentar variaciones individuales sustanciales en la expresión y el vigor de las respuestas, se compone de 9 expresiones faciales distintas y ha demostrado su capacidad para detectar cambios en la expresión facial como respuesta a la punción.

Escala COMFORT: Actualmente es una de las más utilizadas. Valora Parámetros tanto físicos como conductuales: Agitación y el estado de alerta del neonato, la respuesta respiratoria para niños con ventilación Mecánica o el llanto en niños con respiración espontánea, los movimientos físicos, Tono muscular y la tensión facial. Una puntuación igual o mayor a 17 indica necesidad de ajustar la analgesia.

El cuidado enfermero en la evitación del dolor del neonato se define como un proceso interactivo dinámico, reciproco con el neonato y su entorno en el cual se diagnostica y tratan respuestas humanas derivados de los procedimientos que ocasionan dolor para ello la enfermera pone en práctica su ser, saber y hacer todo con respecto a la necesidad de la evitación del dolor, en donde utiliza el PAE poniendo en práctica las taxonomías

NANDA, NIC , NOC y un cuidado humano respaldado por la teoría de Jean Watson en el contexto de la UCIN del Hospital Regional Lambayeque 2019.

1.3. Escenario

El marco contextual se refiere a las dimensiones espaciales, temporales, ámbitos donde se desarrolló la investigación. En este sentido la presente investigación se desarrolló en el Hospital Regional Lambayeque hospital nivel III- 1, ubicada en la ciudad de Chiclayo, departamento de Lambayeque, al norte del Perú; considerada como una de las instituciones de mayor importancia y complejidad ahí encontramos a la UCIN ubicado en el segundo piso, es un servicio relativamente nuevo con funcionamiento desde noviembre del 2012, cuenta con 11 ventiladores mecánicos de los cuales, 6 se encuentran inoperativos, 4 servo incubadoras, dos incubadoras convencionales, dos servo cunas, seis monitores multiparámetros.

En este servicio laboran un total de 16 enfermeras la mayoría entre las edades 30 -40 años; con experiencia promedio en el área de 5 años, más del 50% tiene especialidad en el área, de las cuales trabajan 3 enfermeras por turno diurno quienes cuidan de seis a siete recién nacidos en estado delicado.

La mayoría de neonatos hospitalizados cuentan con Seguro Integral de Salud, una ventaja para el cuidado por la larga estadía de estos bebés en el servicio en que los gastos económicos por día son elevados y además cuyos familiares residen en zonas alejadas. Los neonatos que ingresan al servicio presentan como diagnósticos según incidencia: Prematuridad, bajo peso, síndrome de distrés respiratorio y sepsis neonatal, están sometidos a una serie de procedimientos dolorosos: canalización de vías endovenosas,

colocación de sondas oro gástricas, extracción de muestras sanguíneas, toma de glucosa en talón, intubación, aspiraciones endotraqueal, colocación de PICC, intervenciones quirúrgicas etc.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cualitativa, la cual está ubicada en las ciencias humanas y ofrece técnicas de especialización para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten, el interés no es cuantificar si no utilizar recursos metodológicos y fenómenos considerados como atributos que están ocultos y que se puedan mostrar cuando el sujeto es interrogado²¹.

En esta investigación el objeto de estudio se refiere a la dimensión subjetiva del ser humano, como es el Cuidado Enfermero en la evitación del dolor en neonatos de la UCIN del Hospital Regional Lambayeque, lo que permitió obtener información descriptiva de los eventos, comprender como los sujetos de la investigación viven su experiencia y construir el caso, como es el cuidado enfermero en la evitación del dolor en neonatos.

2.2. Abordaje de la investigación

Se utilizó estudio de caso, es una metodología rigurosa, adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren los hechos, el caso es siempre bien delimitado, permite estudiar un tema determinado y los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable, permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que emergen y juega un papel importante en la investigación²².

El estudio de caso permitió analizar y comprender los aspectos importantes del cuidado enfermero en la evitación del dolor en neonatos en la UCIN del Hospital Regional Lambayeque. Para el abordaje de esta investigación se tuvo en cuenta las tres fases del Estudio de Caso, según Menga Ludke e Marli E. D. A. André²².

Fase exploratoria:

En esta fase las investigadoras a partir de la observación de la problemática, se hicieron varias interrogantes con aproximación al objeto de investigación y acercamiento a la realidad con la finalidad de decidir sobre el problema a investigar. Esta fase concluyó con la elaboración del proyecto.

Fase de delimitación de estudio:

Las investigadoras recopilaron datos de forma sistemática y ordenada, en donde utilizando técnicas e instrumentos: Entrevista a profundidad, observación participante y análisis documental, luego se transcribieron los datos obtenidos poniendo a consideración de los investigados quienes confirmaran o rectificaran lo dicho.

Análisis sistemático y la elaboración del informe

En esta fase se sistematizó, analizó permitiendo construir los resultados, lo cual culminó en la elaboración del informe. Además se tomó en cuenta los principios o características del estudio de caso, propuestos por Menga Ludke y André.

El estudio de caso se caracteriza por “dirigirse al descubrimiento”

A pesar que el investigador parte de algunos supuestos teóricos iniciales, el procurará mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que pueden surgir como importantes durante el estudio.

Se realizará lectura y relectura de los discursos, resultados de la observación y del análisis documental codificando los datos y luego categorizarlos.

Los estudios de caso enfatizan “la interpretación en el contexto”

Para una comprensión más completa del objeto, es preciso llevar en cuenta el contexto en que él se sitúa. Así para comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas deben estar relacionadas a la situación específica donde ocurre a la problemática determinada a la que están ligadas.

El escenario fue el servicio de la UCIN, incluyendo sus normas, procedimientos, horarios, el entorno entre otros; pero también se abordó la dimensión interna de las enfermeras como: conocimientos, actitudes y sentimientos frente al dolor del neonato.

Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y

Profunda

El investigador se propone revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo.

El neonato en la UCIN requiere de un personal de enfermería especializado para su cuidado, quien realiza la valoración en los diferentes turnos del cuidado al neonato identificando causantes del dolor. Aquí se determinan los elementos que interactúan para configurar el cuidado en la evitación del dolor de los neonatos.

Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información

El investigador recurre a una variedad de datos, recolectados en diferentes momentos, situaciones variadas y con una variedad de tipos de informantes.

Las fuentes responden a los discursos de las enfermeras, la observación de cada una de ellas durante su cuidado en los diferentes turnos, además de los datos obtenidos de sus registros.

Los estudios de caso revelan experiencias vicarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales.

El investigador procuró relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector o usuario puede hacer generalizaciones naturales.

La generalización ocurrió en función del conocimiento experimentado del sujeto en el momento en que se intenta asociar datos encontrados en el estudio, con los datos que son fruto de sus experiencias personales. De acuerdo al conocimiento generado en la investigación a través de las diferentes fuentes de información, se generalizaron definiciones para definir el objeto de estudio: cuidado enfermero en la evitación del dolor del neonato.

Los estudios de caso procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social.

Cuando el objeto o situaciones estudiados pueden suscitar opiniones diferentes, el investigador va a procurar traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación.

En la investigación pueden suscitar opiniones diferentes entre las enfermeras entrevistadas, donde las investigadoras respetaran los diferentes puntos de vista para que sean los lectores quienes saquen sus propias conclusiones.

Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación.

Los datos del estudio de caso pueden estar presentados en una variedad de formas como: dramatizaciones, diseños, fotografías, discusiones y mesas redondas.

Los relatos se presentaron de forma narrativa a través de las descripciones, es posible que en un mismo caso tengan diferente forma de relato dependiendo del tipo de usuario al que se destina.

2.3. Población y Muestra

La población estuvo constituida por catorce profesionales de enfermería que laboran en turnos rotativos en el servicio de la UCIN del Hospital Regional Lambayeque durante los meses de marzo y Abril del 2019.

Criterios de inclusión

- Enfermeras que trabajan en el Servicio de UCIN, con experiencia laboral mínimo de un año en dicho servicio esto con la finalidad de que las enfermeras hayan adquirido experiencia en el cuidado del neonato.
- Que accedan voluntariamente a participar de esta investigación y que firmen el consentimiento informado.

Muestra

La muestra fue obtenida por saturación y redundancia que se refiere al momento en que los testimonios del profesional de Enfermería se vuelven repetitivos y no aportan a la investigación²¹. El cual nos permitió delimitar el tamaño de la muestra siendo, 8 Enfermeras entrevistadas, 4 observaciones participantes y 4 registros de enfermería.

Para triangular la información tal como lo dice la metodología se tuvo en cuenta los datos obtenidos de la entrevista, observación participante y el análisis de la hoja de monitoreo de enfermería, con la finalidad de elaborar una perspectiva más amplia en cuanto a la interpretación del fenómeno en cuestión, porque señala su complejidad y esto a su vez enriquece el estudio y brinda la oportunidad de que se realicen nuevos planteamientos²³.

2.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La aplicación de las técnicas e instrumentos de recolección de datos se realizó previa aprobación del proyecto por el jurado, luego se pidió la autorización por parte de Dirección de Investigación - Hospital Regional Lambayeque, con atención a la Jefa de Enfermeras del Servicio de UCIN. Para la recolección de datos se tuvo en cuenta el documento de consentimiento informado. (Apéndice1), designándose un seudónimo a cada enfermera para salvaguardar la confidencialidad.

En la presente investigación, se utilizó tres técnicas de recolección de datos: Entrevista abierta a profundidad, observación participante y análisis documental.

La entrevista semiestructurada abierta a profundidad es un método de comunicación verbal que se establece entre el investigador y el entrevistado con la finalidad de recoger datos relativos a las cuestiones de investigaciones formuladas²². Este método tuvo como instrumento a la Guía de Entrevista abierta a profundidad (Apéndice 2), que permitió obtener una información más completa a través de ella, el investigador puede explicar el propósito del estudio y especificar claramente la información que necesita. Las entrevistas se realizaron en la sala de espera de los ambientes del Servicio UCIN, en diferentes turnos (mañana y tarde), previa coordinación con el profesional de enfermería teniendo una duración aproximada de media hora.

Primero se realizó una pre entrevista con fines de coordinación, para luego llevar a cabo las diferentes entrevistas. En la aplicación de la entrevista a profundidad; se recurrió a la estrategia de relanzar la entrevista, este procedimiento consiste en intentar motivar nuevamente al entrevistado por medio de técnicas fáciles de utilizar. Ruiz e Ispizua 1989 citado por Robles B²⁴, 2012. Describen algunas técnicas: aplicar la repetición de las últimas frases, palabras o idea con el fin de continuar con el discurso; comentar brevemente lo que se ha platicado a lo largo de la sesión, hacer pausas o recesos cortos, pueden mantener la conversación fresca y elocuente, así mismo ayuda a ordenar las ideas, esclarecer dudas, buscar nuevos temas y replantear preguntas para conversar.

La observación participante es aquella donde el observador entra en conversación con sus miembros y establece un estrecho contacto con ellos, de tal manera que su presencia no perturbe o interfiera de alguna manera el curso natural de los acontecimientos²¹, se realizó en los turnos mañana y tarde, según la disposición del investigador y estuvo realizada en tres sesiones, se trató de no perturbar a las personas observadas, esforzándose el investigador por hacerse lo más invisible posible. La observación

participante tuvo como instrumento la Guía de observación participante (Apéndice 3) en donde el investigador describe: ambiente externo, hechos observados, que hacen, que dicen, los objetos que utilizan, finalmente el observador emite sus comentarios. Esta información se registró de forma completa, precisa en el instrumento.

La tercera técnica utilizada fue el análisis documental, en donde se observó y analizó la hoja de monitoreo de enfermería considerando información referente al dolor en las etapas del PAE. La hoja de monitoreo usada en la UCIN es un documento en A3 en el cual se plasman: en la parte anterior datos de identificación del recién nacido, valoración, fases de la oxigenación, parámetros ventilatorios, aporte endovenoso, administración de medicamentos, kardex, aporte oral y balance hídrico y en la parte posterior de la hoja se expone la valoración por dominios, diagnósticos según NANDA NIC-NOC y un espacio en blanco separados por turnos mañana, tarde y noche para los registros de enfermería. El análisis documental de la hoja de monitoreo de enfermería tuvo como instrumento la Guía de Análisis Documental (Apéndice 4), donde analizó las etapas del cuidado de enfermería y las notas de enfermería tratando de sustraer datos relevantes en la investigación.

La validación de los instrumentos se realizó por juicio de expertos definido este como la opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos calificados, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones²⁵. En esta investigación los instrumentos fueron validados por enfermeras jefes especialista que laboran en la UCIN de los diferentes hospitales del departamento de Lambayeque, posteriormente se aplicó una prueba piloto para identificar y eliminar los posibles problemas de la elaboración de cada uno de los instrumentos.

2.5. Análisis de los Datos

El análisis fue cualitativo y temático. En el proceso cualitativo la recolección y el análisis de datos ocurren prácticamente en paralelo; además el análisis no es estandarizado como en la investigación de tipo cuantitativa, ya que cada estudio requiere de un esquema o "coreografía" propia del análisis²¹. En la presente investigación en un primer momento se llevó a cabo la transcripción de las entrevistas realizadas con el contenido exacto de las manifestaciones. Luego fueron leídas y releídas en busca de las unidades de significado las mismas que fueron agrupadas y codificadas cada una de ellas, según el tema, dando origen a las subcategorías y posteriormente a las categorías. Los datos obtenidos de la observación participante y el análisis documental complementaron al análisis de las entrevistas. Finalmente se confrontó y discutió con los antecedentes, marco teórico y el contexto.

2.6. Criterios de Rigor Científico

La calidad de la investigación en ciencias de la salud es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente deben garantizar, por ello se colocó en práctica el rigor científico que estuvo dado por los siguientes criterios según. Noreña A, Alcaraz M, Guillermo J. et al. 2012²⁶.

Confidencialidad

Los códigos de ética hacen énfasis en la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación. La confidencialidad se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, se

asignó un pseudónimo a las entrevistadas. En la presente investigación se garantizó a las enfermeras que labora en el Servicio de UCIN del Hospital Regional de Lambayeque que sus declaraciones no fueron publicadas como personas naturales, sino se les daría un seudónimo, buscando mantener en reserva y en secreto sus identidades, asegurando en todo momento el anonimato. Además, el anonimato permitió que la información sea clara y la más cercana a la realidad por ello el participante se sintió libre de expresar sus ideas, sentimientos, preocupaciones, etc. dando el carácter científico a esta investigación.

Credibilidad

La credibilidad o valor de la verdad, también denominado como autenticidad, es un requisito importante debido a que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos.

Se buscó que los hallazgos del estudio sean reconocidos como «verdaderos» por las personas que participaron en el estudio, evitando subjetividades del investigador. En consecuencia, estas fuentes respaldaron el análisis de datos, asegurando la credibilidad en esta investigación.

Confiabilidad

Este criterio asegura que los resultados representan algo verdadero e inequívoco y que las respuestas que dan los participantes son independientes de las circunstancias de la investigación.

La información brindada por las enfermeras del Servicio de UCIN del Hospital Regional Lambayeque, no fue manipulada o alterada por el investigador. Por tanto, se mostraron

contenidos emitidos en forma natural, espontánea y sin incorporación de prejuicios del investigador.

2.7. Principios Éticos

En el presente estudio se tuvo presentes en todo momento los principios éticos del Belmont Report²⁷.

Principio de Beneficencia

Comprende buscar el bien y sobre todo el no hacer daño y encierra múltiples dimensiones: Se garantizará que las personas sujetas de estudio no sufrirían daño ya sea permanente o temporal, debiendo considerar el daño psicológico muchas veces impalpable en las investigadas. La garantía del no uso de la relación, se refiere a que solo se mantendrá una relación de investigador – sujeto, de ningún modo se aprovechará la relación para obtener algún tipo de beneficio personal, con ello se garantizará a las enfermeras que la información proporcionada solo se utilizará para fines de la investigación.

Principio de Respeto de la Dignidad Humana

Comprende el derecho a la autodeterminación, y el derecho al conocimiento de la información. La autodeterminación se tendrá presente desde el inicio del estudio al permitir que las Enfermeras decidan libremente su participan o no en la investigación a esto se denomina “Consentimiento informado”; teniendo el derecho ellas de retirarse en cualquier momento del estudio o dar por terminada su participación en el momento que ellas crean conveniente.

Principio de Justicia

Este principio comprende el derecho al trato justo y a la privacidad. El primero se aplicará en la selección justa considerando que todas las enfermeras participen sin distinción alguna y un trato sin prejuicios, cumplimiento de acuerdos, contacto permanente para aclarar dudas y trato amable y respetuoso en todo momento. El segundo se refiere al anonimato para respetar la privacidad de las personas. Además, respetará su derecho a gozar de su privacidad, al mantener el anonimato, durante el transcurso del estudio, respetando estos principios durante toda la investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Uno de los factores de cuidado de Jean Watson poseen un componente fenomenológico que hace hincapié a la asistencia en la gratificación de las necesidades humanas en donde la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del neonato que tienen que satisfacer sus necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de rango superior y una de sus condiciones necesarias para el cuidado es que tenga conciencia y conocimiento de que alguien necesita cuidado como es el neonato que no es capaz de expresar verbalmente su incomodidad, dolor o alguna necesidad que tenga alterada, sino que la enfermera es la encargada de interpretar y reconocer sus necesidades, por ello es importante que las enfermeras de la UCIN, se capaciten en los cuidados que deben otorgar a los neonatos y sobre todo a los prematuros extremos²⁸.

Los datos obtenidos fueron analizados temáticamente y minuciosamente, obteniéndose como resultado dos categorías con subcategorías, las cuales se detallan a continuación:

I.-APLICANDO EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA LA EVITACION DEL DOLOR

1.1. Valorando el dolor a través de las manifestaciones clínicas

1.2.- Registro de diagnósticos preestablecidos en la hoja de monitoreo de enfermería.

1.3.-Planificando cuidados para evitar el dolor en el neonato.

1.4.- Ejecutando cuidados inmediatos para aliviar el dolor.

1.5.- Evaluando los cuidados enfermeros en la evitación del dolor.

II.- LA EVITACIÓN DEL DOLOR Y EL INICIO DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO.

Las categorías empíricas mencionadas, se discuten a continuación a la luz del marco teórico y antecedentes.

I.-APLICANDO EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA LA EVITACION DEL DOLOR.

La enfermera basa su cuidado siguiendo la metodología científica y es cuando aplica el proceso de atención de enfermería (PAE) como un conjunto de acciones intencionadas, apoyándose en modelos y teorías que realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona reciba los mejores cuidados por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas¹⁶.

El PAE consta de 5 etapas que constituyen: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. La Valoración constituye la base de las siguientes, pudiendo ser considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir la información necesaria para formular el problema (Diagnostico), y a partir de este (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la Evaluación. El proceso de enfermería es cíclico, pero en un momento dado puede participar más de un componente, las fases se solapan unas con otras¹⁶.

En el presente estudio se deja en evidencia que, para la evitación del dolor, el cuidado se basa en la utilización del proceso de atención de enfermería en todas sus fases emergiendo las siguientes subcategorías.

1.1. Valorando el dolor a través de las manifestaciones clínicas.

Villamil A, Ríos M, Bello M .et al²⁹ refiere que el dolor neonatal se puede medir valorando cambios de comportamiento: Expresión facial, actividad motora, llanto, incapacidad de conciliar el sueño, consuelo difícil después de procedimientos. Considera la expresión facial el pilar de las herramientas más usadas para evaluar el dolor entre ellos tenemos: fruncir las cejas, cerrar los ojos, hacer el surco naso labial más pronunciado, abrir mucho la boca y poner la lengua tensa.

Las enfermeras de la UCIN valoran el dolor del neonato a través del cambio de comportamiento, así como las características de la facie y coloración de la piel, puesto que son ellas las que permanecen las 24 horas del día junto al neonato; así lo refieren:

Valoro a través de las manifestaciones como la boca apretada, surco naso labial abierto, agitación y llanto. (Margarita)

Por la facie, expresiones, movimientos, en algunos casos por el cambio de coloración se tornan cianóticos, cierra sus ojos. (Tulipán)

Valoro el color del bebe, la respuesta a los estímulos, los signos vitales, la facie (Gladiol)

Esto se corrobora con lo observado:

La enfermera identifica que el neonato tiene dolor al manifestar que el neonata llora, frunce las cejas, cierra los ojos frente a un procedimiento que se le realiza. (Observador)

En los registros de enfermería, se encontró plasmado algunas manifestaciones de dolor como: llanto, irritabilidad que presentaban los neonatos bajo su cuidado (Análisis documental 03, 07,08).

Corroborando con los hallazgos se encontró el estudio de Godoy S, Oliva V.¹⁰ en donde encontraron que las enfermeras identifican el dolor correctamente en un 70% enfocándose en cambios conductuales, expresiones faciales y aumento de la frecuencia cardiaca.

El dolor agudo resulta en una estimulación fisiológica que se traduce en cambios en las constantes vitales. La respuesta al dolor se refleja en cambios como un aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial y disminución en la saturación de oxígeno, además se produce un predominio del tono vagal con sudoración de las palmas de las manos, aumento de las concentraciones plasmáticas de cortisol y catecolaminas².

El dolor en el neonato, altera las funciones vitales, esto es reconocido por las enfermeras del servicio de UCIN y manifestado a través de sus discursos.

Si el niño esta con dolor. Puede estar taquicardico , la temperatura, presión, todo va estar alterado (Campanilla)

Cuándo un bebe siente dolor, las funciones se alteran, la frecuencia cardiaca aumenta. (Margarita)

Se corrobora con la observación:

Las enfermeras identifican el dolor en el neonato al momento de realizar un procedimiento como: aspiración de secreciones por tubo endotraqueal, canalización de vía venosa, punción de talón escucha las alarmas del monitor y observa frecuencia

cardiaca altas y desaturación, ellas proceden a auscultar con estetoscopio verificando si esto es real y actúan de forma inmediata brindando comodidad y confort por el dolor que presenta. (Observador)

En los registros de enfermería en la parte de valoración se registra los signos vitales cada dos horas: frecuencia cardiaca, temperatura, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno encontrándose que los signos vitales que más se altera cuando el neonato tiene dolor es la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. (Análisis documental 01, 02,03 y 04).

Los resultados de esta subcategoría coinciden con una investigación realizada por Burga L, Paredes R. En donde identifican el dolor del neonato a través de la manifestación de su llanto, de la alteración de los signos vitales: frecuencia respiratoria, cardiaca y finalmente la saturación de oxígeno¹⁴. Como sabemos los signos vitales son parámetros muy valiosos a través de los cuales es posible evaluar el estado del neonato y nos permite tomar decisiones objetivas.

Otro aspecto importante en la valoración es el llanto que presenta el neonato. Existen diferentes tipos ante distintas situaciones; el llanto por dolor tiende a ser más agudo, enérgico y de mayor frecuencia². Así tenemos que el llanto es reconocido como un signo de dolor identificado por las enfermeras de la UCIN.

Hay que saber reconocer el tipo de llanto, si es por hambre él bebe va a tener un reflejo de succión, va a ver chupeteo incluso cuando nosotros damos gasita con suero glucosado este se calma, pero si a pesar de esto él sigue irritable , llorando, vemos en su facie dolor entonces podríamos decir que es algo más... (Jazmín).

En los bebés que están intubados el llanto no se escucha pero de todas maneras se puede visualizar que el bebé llora. (Orquídea).

Esto es corroborado durante la observación:

La enfermera de seudónimo Jazmín, se acerca al neonato cuando escucha el llanto, e identifica que tiene dolor, verifica su unidad, proporciona una gasita con dextrosa al 10% y él bebe se calma. (Observador)

De los registros, en dos de ellos se encontró que en la parte de la valoración de enfermería en el dominio 4 actividad y reposo registraron que él bebe presentó llanto por dolor por tener lesión en septum internasal y fosas nasales eritematosas. (Análisis Documental 02,01).

Según los discursos y lo observado los profesionales de enfermería actúan de forma inmediata al escuchar el llanto del bebe porque es un medio de comunicación durante los primeros meses de vida; los neonatos y los lactantes lloran ante una amplia gama de situaciones y para lograr la satisfacción de sus necesidades básicas, como respuesta al hambre, frío, incomodidad o alivio del dolor. Así mismo Watson destaca que la enfermera tiene la capacidad de reconocer las necesidades básicas y biofísicas que posee o están alteradas en el neonato³⁰.

Es importante tener en cuenta que no todos los síntomas son ocasionados por estímulos dolorosos si no también por molestias, por eso las enfermeras de la UCIN dentro del cuidado que realizan, consideran importante identificar posibles causantes del dolor manifestando:

Los bebés que tienen apoyo ventilatorio, en fase II, y III, a veces tienen los pabellones auriculares doblados horas eso también le duele, tiene laceraciones que uno no ha podido apreciar. (Hortensia)

Los bebés pueden tener dolor por una dermatitis de pañal incluso verificar la piel sobre todo la zona perianal que es la que más se irrita que este íntegra, limpia y seca (Rosa).

Si un bebé está en ventilador mecánico está bien irritable quizás tiene bastante secreciones por tubo, el ambiente está muy caliente o muy frío o hay mucha bulla. (Gladiol)

Ver que no haya esparadrapo que le causen dolor, los sensores de temperatura y saturación de oxígeno que no estén muy apretados, o no estén mucho tiempo en el mismo lugar porque son sensores de metal y por la misma fragilidad de la piel puede causarle dolor (Orquídea).

Esto se corrobora con la observación:

La enfermera de seudónimo Gladiol, se acerca a la unidad del neonato previo lavado de manos por que el bebé presenta desaturación de oxígeno, irritabilidad y procede a la aspiración de secreciones con sonda de aspiración circuito cerrado, cambia de posición a lateral derecho, cubre la servo incubadora y se retira de la unidad logrando calmar su dolor o molestia (Observador).

En la hoja de monitoreo de enfermería se encuentran aspectos relacionados a causantes del dolor como ítems llamados efectos adversos en donde se considera: eritema de pañal, extubaciones accidentales y lesión de septum por CPAP. Situaciones que causan dolor

y que a largo plazo ocasionan complicaciones en el neonato. (Análisis Documental 01, 02, 03,04).

Las enfermeras de la UCIN consideran importante identificar la causa que provoca el dolor, que según los discursos puede darse por el cuidado mismo de enfermería en el macro ambiente (cambios de temperatura, sonidos, iluminación) y microambiente (cambio de posición, cuidados en la aspiración de secreciones, cuidados de la piel) para lo cual se sugieren valorar al neonato constantemente, favorecer un entorno saludable y hacer uso del protocolo de manipulación mínima.

El ambiente que debe tener un neonato debe ser tranquilo, armónico, intentando aliviar el dolor³¹. Por lo cual es importante a la hora de brindar los cuidados integrar lo que la teoría de Watson dice; la enfermera debe ir más allá de los procedimientos, tareas y técnicas, debe aplicar los factores del cuidado, ser capaz de interactuar, conectarse a un nivel espiritual transpersonal a través de los movimientos, gestos, expresiones, sonidos que a la hora de evaluar el dolor estos son importantes para la enfermera.

Según San Martín D.³⁰ Para valorar el dolor existen escalas validadas reproducibles y de elevado valor predictivo que permitan llevar a cabo acciones apropiadas para atenuarlo o controlarlo, estas escalas permiten evaluar el dolor en el neonato las mismas que incluyen los siguientes parámetros: Cambios en la frecuencia cardíaca, patrón respiratorio, presión arterial, pulsioximetría y alteraciones conductuales como: el llanto, expresiones faciales y movimientos corporales.

Entre las escalas disponibles para valorar el dolor tenemos: la CRIES (32-60 SS EG), PIPP (Premature Infant Pain Profile), NIPS (Neonatal Infant Pain Escala), Givens Bells y la NPAS (Neonatal Pain Agitation And Sedation Escala), está última evalúa del dolor y el grado de sedación del neonato de forma independiente. De todas estas escalas la

NPAS, fue creado por una enfermera, tiene la particularidad de valorar no sólo el dolor si no la agitación y también brinda una escala para el bebé que está sedado, donde puede ser más difícil el diagnóstico del dolor³⁰.

Es importante tener en cuenta que ninguna escala representa el estándar de oro estas deben ser fáciles de medir con un basal bien establecido, no invasivas que permitan mediciones frecuentes y que sea el signo más honesto de dolor.

La valoración del dolor en el neonato por las enfermeras de la UCIN es a través de manifestaciones clínicas, el llanto, alteración de los signos vitales y la identificación de agentes causantes del dolor; muchos de estos aspectos se encuentran inmersos en las escalas de valoración antes mencionadas, sin embargo las enfermeras desconocen de estas por tanto no las aplican como se refleja en los siguientes discursos⁸.

Tengo conocimiento que hay escalas pero en realidad no se utilizan en los hospitales.. En nuestro servicio no hay uno establecido. (Tulipán)

No estamos usando ninguna escala (campanilla)

Si hay escalas.. pero no se utiliza, sería bueno instaurarlo en los servicios para darle mayor importancia al dolor en los neonatos (Margarita).

Se observó que las enfermeras no hacen uso de escalas para valorar el dolor en el neonato. (Observador)

De los registros de enfermería, en ninguno se encontró datos sobre escalas que utilicen las enfermeras para valorar el dolor en el neonato. (Análisis documental 03, 06,07).

Al relacionar con la investigación de Paredes J, Zurita T ⁹, se encontró que los profesionales de enfermería no usaron ninguna escala para la valoración del dolor en neonatos. Sin embargo, si usaron criterios para evaluar el dolor.

Otro estudio que respalda los hallazgos encontrados es el de Martínez M¹². En donde refiere que más de la mitad sabe de la existencia de instrumentos y escalas sin embargo el 82% desconoce si en su área de trabajo emplean alguna y el 100% de los encuestados jamás las han utilizado.

El desconocimiento de las escalas por parte de las enfermeras hace que no este implementada en el servicio de la UCIN, su utilización, permitirá tener una valoración objetiva del dolor que encamine acciones dirigidas a la prevención y manejo del dolor neonatal.

La valoración es la primera etapa del PAE donde el principal objetivo de la enfermera es reunir información de la persona para identificar los problemas que requieren la intervención de enfermería¹⁶. La valoración del dolor en los neonato constituye un problema debido a la incapacidad de estos para verbalizar conceptos, depende de la interpretación de sus conductas por parte de los profesionales de la salud encargados de su cuidado; esto explica la necesidad de valorar el dolor neonatal, así como lo hacemos en otras situaciones clínicas. No medir el dolor puede impedir tratarlo de manera adecuada y si no es medible es fácil de ignorarlo²⁹.

Luego de la valoración se establece la segunda fase del PAE, que lo constituyen los diagnósticos de enfermería evidenciado en la siguiente subcategoría.

1.2. Registro de diagnósticos preesblecidos en la hoja de monitoreo de enfermería.

La hoja de monitoreo de enfermería es un documento legal que forma parte de la historia clínica en el cual se describe cronológicamente la situación, evolución del estado de salud e intervenciones brindadas de forma diaria, también encontramos en esta hoja la valoración por dominios, diagnósticos según NANDA NIC NOC.

En las entrevistas realizadas a las enfermeras del servicio de la UCIN mencionan que los diagnósticos de enfermería relacionados al dolor se encuentra descritos en la hoja de monitoreo de los cuales marcan según la valoración que realizan como se detalla a continuación:

Los diagnósticos... en cuanto al dolor están en el registro de enfermería como dolor en general, marcamos con un check pero no estamos especificando cual fue la causa del dolor. (Jazmín)

Tenemos una hoja de registro de enfermería donde si desde más de un año que estamos considerando los diagnósticos NIC,NOC relacionados al dolor, al confort pero de manera general solo lo marcamos . (Tulipán)

Los diagnósticos, están estandarizados, impresos en la hoja de monitoreo, algunos diagnósticos del dolor se relacionan con el bebé, otros no se relacionan porque cada bebé es único y presenta sus propios diagnósticos. (Campanilla)

La práctica enfermera necesariamente ha de sustentar sus bases en el método científico, utilizando instrumentos validados y propios de enfermería, estableciendo diagnósticos enfermeros validados (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA). Los diagnósticos referentes al dolor lo encontramos en el dominio 12 Confort el cual es

definido como sensación de bienestar o alivio mental y físico. Este dominio consta de tres clases: clase 1 confort físico, clase 2 confort del entorno, clase 3 confort social.

Los diagnósticos que se encuentran en la hoja de monitoreo referente al aspecto relacionado muchas veces no se asocian para todos los recién nacidos como lo refieren:

No siempre los diagnósticos que están en las hojas son los diagnósticos que en ese momento tiene nuestro paciente...la etiqueta puede ser pero los relacionados, los manifestados no...eso sí estaría para cambiarlo y colocarlo de acuerdo a cada recién nacido. (Rosa).

En el registro están los diagnósticos en cuanto al dolor pero no específicamente a que... lo tratamos de relacionar pero nos falta especificar ¿porque? está como un dolor general. (Jazmín).

Los diagnósticos de enfermería están expresados de acuerdo a las normas internacionales según NANDA, con el inconveniente de que el factor que hace sospechar del diagnóstico muchas veces no se relaciona.

Por otro lado dos enfermeras refieren realizar la etapa del diagnóstico mentalmente refiriendo:

Mentalmente en la hoja, cada uno lo hace de manera personal y va interviniendo de una manera crítica si él bebe esta incomodo, inquieto, fastidiado y si tiene algún tipo de dolor, priorizo cual es el cuidado más urgente para mi bebé. (Margarita)

Lo hago mentalmente pero no lo registró, al evaluar a tu bebe ya sabes que problemas tiene no formulo diagnósticos pero en tu cabeza ya sabes que vas hacer. (Hortensia)

Se observó que las enfermeras no elaboran diagnósticos pero si identifican las respuestas humanas y las alteraciones que presenta el neonato registrando según un formato establecido (Observador).

De los registros de enfermería, se encontró que las enfermeras marcaron los diagnósticos: (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos (químicos o físicos) y (00214) Disconfort r/c estímulos ambientales nocivos, y efectos secundarios del tratamiento, medicación, radiación. (Análisis documental 02,03.05, 06).

El diagnóstico es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis, sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de enfermería; esta etapa comprende: Análisis de datos, identificación de problemas real, riesgos, factores determinantes, condicionantes y finalmente formulación del enunciado diagnóstico¹⁶.

Formular Diagnósticos enfermeros requiere hacer un análisis de la situación del paciente, sintetizar los hallazgos más importantes, exactitud al interpretar y dar sentido a los datos clínicos observados. Es un proceso de pensamiento crítico, que nos permite tomar decisiones sobre los resultados que deseamos obtener y las intervenciones necesarias para lograrlos.

Esta categoría son hallazgos de nuestra investigación, que no tienen antecedentes para ser comparados sin embargo fueron analizados a la luz de la literatura actualizada.

En esta fase la enfermera elabora el plan de cuidados para la solución de problemas que luego servirá de base para planificación como se verifica en la siguiente subcategoría.

1.3. Planificando cuidados para evitar el dolor en el neonato.

Según las entrevistas realizadas las enfermeras planifican su cuidado poniendo énfasis en: Manipulación mínima, confort, cuidado de la piel y accesos venosos y cuidados en el neurodesarrollo con la finalidad de evitar sufrimiento y efectos negativos a largo plazo en el neonato.

Así las enfermeras de la UCIN, consideran importante la técnica de manipulación mínima al neonato con dolor manifestando:

Dentro de la planificación tratamos que todo sea coordinado al mismo tiempo, que las atenciones sean en un solo momento: canalización, exámenes de laboratorio, higiene, cambio de pañal, tomas de placa radiográfica con la finalidad de minimizar esos tocamientos en el recién nacido. (Jazmín)

Las actividades lo organizamos de acuerdo al problema que presenta el neonato, a veces es muy difícil pero debemos organizarnos y extraer muestra, caso contrario se estará venopunsando en varias ocasiones y eso le causa dolor. (Hortensia)

En un recién nacido prematuro extremo tener en cuenta... el protocolo de manipulación mínima y si es para sacar alguna muestra de laboratorio procurar hacerlo con un solo piquete y aprovechar sacar todas las muestras que sean necesarios. (Gladiol)

Esto se corrobora:

Se observó que la enfermera Jazmín, al momento de realizar la higiene coordina con el médico de turno para que coincidan en la manipulación y/o evaluación, para evitarle la sobre estimulación. (Observador)

En los registros de enfermería en la parte de intervenciones se encuentra que las enfermeras marcaron el ítem de aplicación de protocolo de manipulación mínima (Análisis documental 02, 04,08)

Según los discursos las enfermeras de la UCIN utilizan la técnica de manipulación mínima para atender al neonato en condiciones adecuadas, sin agredirlo y evitar el dolor. El cumplimiento de las intervenciones de enfermería en la manipulación mínima al recién nacido pretermino se dirige a proteger y mejorar el desarrollo cerebral, de la sobreestimulación dañina en su sistema nervioso inmaduro, mediante cuidados específicos que aporten beneficios a corto y largo plazo, garantizando su calidad de vida.

La manipulación mínima es una forma de disminuir el estrés y el dolor de los neonatos hospitalizados, favoreciendo así su desarrollo neurológico y emocional, manteniendo el mayor tiempo posible las condiciones óptimas más similares al ambiente intrauterino³².

Otro aspecto importante que tienen en cuenta las enfermeras de la UCIN en el cuidado diario es el confort desde el momento que reciben al neonato en la UCIN, brindan un ambiente lo más parecido al nido materno, brindan comodidad al neonato para evitar el dolor. Como lo manifiestan es los siguientes discursos:

Si el bebé no descansa puede ser que tenga muchas cosas invasivas que le causan dolor, pero lo primero que hacemos es reposición y darle confort, termo

regulación, porque a veces el ambiente puede irritarlo, de repente regulando la temperatura, aplicando medios físicos. (Hortensia)

Desde el momento que el neonato ingresa al área crítica es sometido a procedimientos que van a generar dolor, lo principal es recibirlo en un ambiente de temperatura adecuada, proveerle el confort necesario, igual cuando hacemos la aspiración de secreciones hacerlo de la manera más sutil, suave, y gentil para que el no sienta el procedimiento doloroso.. (Rosa)

A veces pensamos que el niño llora solo por dolor pero también por estrés, lo contenemos, lo calmamos, le damos leche, hacemos otro tipo de medida como arrullarlo, darle contención, acomodarle el nido, cambiarlo el pañal y el bebito se calma. (Margarita)

Esto se corrobora con la observación:

Las enfermeras desde que están en contacto con el neonato proporcionan comodidad y confort, se preocupan por mantener sus signos vitales dentro de los límites normales; él bebe se encuentra rodeado de un nido de contención. El personal de enfermería se esfuerza por disminuir el volumen de la voz, sin embargo, las alarmas de monitores no son controladas. (Observador)

En los registros de enfermería no se encuentra plasmado que medidas de comodidad y confort aplica la enfermera para que el neonato se encuentre tranquilo y alivie su dolor. (Análisis documental 04, 05,07)

El confort es la satisfacción de necesidades básicas que incluyen la interacción familiar, el contacto piel con piel, la nutrición, la hidratación, la eliminación del dolor, evitar procedimientos invasivos y la relación estrecha con la familia. Se propone como una

nueva realidad de cuidado, individualizada y de calidad, que responda a las necesidades de contención, consuelo y disminución del dolor. Es el resultado esperado por el neonato, de la interacción positiva consigo mismo, con las personas que lo rodean y con las situaciones que enfrenta, en el proceso de cuidado. El confort es un objetivo de cuidado, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad moral para con las personas más vulnerables (RN) y debe dirigir sus intervenciones científicamente fundadas a resolver sus necesidades insatisfechas³³.

Otro cuidado especial que se debe tener en cuenta en el neonato es el cuidado de la piel por ser especialmente delicada y carecer de flora bacteriana saprofita en el momento del nacimiento, además de poseer una herida fisiológica (cordón umbilical).

Una enfermera de las UCIN presta especial atención al cuidado de la piel del neonato como se evidencia en el siguiente discurso:

Los bebés pueden tener dolor por una dermatitis de pañal... cuando reciben oxigenoterapia por CPAP o DUOPAP hay que proteger la piel procurar ponerle un apósito de hidrocoloide pequeño que empate con la máscara o el prong nasal. (Rosa).

Esto se corrobora con:

Se observa que la enfermera para proteger la piel del bebé, al momento que cambian el pañal utilizan cavilon en crema para evitar el eritema de pañal, la fijación de tubo endotraqueal se realiza con un esparadrapo especial y para proteger el septum internasal cuando están en CPAP utilizan el apósito hidrocoloide de tal forma que el Prong no esté en contacto directo con la piel. (Observador)

De los ocho registros de enfermería en tres se encuentra plasmado las lesiones identificadas por la enfermera y que medidas utilizan para proteger la piel del bebé (Análisis documental 01, 04,05).

La piel es la barrera protectora frente al medio externo sin embargo el recién nacido está más predispuesto a presentar lesiones ampollas traumáticas ya que la unión dermoepidérmica es más lábil y tiene menos uniones intercelulares epidérmicas. En el cuidado de la piel son aspectos importantes la integridad de la piel, la higiene (con especial atención al cuidado del ombligo y el área del pañal), el control de la temperatura y el adecuado uso de antisépticos y emolientes³⁴.

Todo neonato en la UCIN está expuesto a la canalización de vías endovenosas periféricas continuas necesarias para la toma de exámenes, terapias antibióticas o no antibióticas, reanimación, monitorización, completar tratamiento endovenoso etc³⁵. Sin embargo constituye un procedimiento invasivo, muchas veces traumático y doloroso. En los neonatos las venas son frágiles, con poca duración, su canalización resulta angustiosa, requiriendo especial cuidado, como se evidencia en los siguientes discursos:

A la hora de administrar tratamiento, revisar los accesos venosos periféricos si están irritados, infiltrados (Orquídea).

Manejar sobre todo el cuidado de la piel al momento de canalizar, hacerle de manera gentil procurarle que este lo más confortable posible (Rosa)

Valorar que la vía este permeable que la piel no este roja, si está con inotrópicos ver que los catéteres venosos estén en buena ubicación (Campanilla).

Esto es corroborado durante la observación:

La enfermera de seudónimo Campanilla al momento de administrar el medicamento observa las condiciones de una vía endovenosa permeable, procede a permeabilizar la vía con una jeringa de 1cc con cloruro de sodio, observa que el bebé presenta dolor al permeabilizar la vía por lo que procede al recanalizar otra vía. (Observador)

De los registros de enfermería se destacan tres donde hacen mención que encuentran accesos venosos con enrojecimiento, extravasación, edema. (Análisis documental 01,05, 06).

Según los discursos las enfermeras de la UCIN monitorean los accesos venosos para disminuir el dolor en el neonato, los conocimientos y experiencia que ellas poseen conlleva a brindar cuidados desde los más básicos de protección e higiene de la salud hasta los más específicos de mantenimiento de la vida en condiciones óptimas.

Las enfermeras dentro de su cuidado favorecen el neurodesarrollo del neonato lo cual es una nueva cultura de cuidado, que impacta fundamentalmente en la forma de administrar y organizar el cuidado de enfermería. El neurodesarrollo busca fundamentalmente la organización neurológica de los recién nacidos pre término y a término³⁶.

Así como se manifiesta en los siguientes discursos:

En los cuidados que damos diariamente se tiene en cuenta los sonidos, luces, para que el bebé se calme. (Margarita)

Cada bebé tiene sus propias cubiertas en las incubadoras para que no le llegue mucha luz en la hora del sueño, debemos programar volúmenes de alarmas que estas no sean muy intensas para que en la noche él bebe pueda descansar. (Hortensia)

Darle un ambiente tranquilo, cuidar los decibeles, ver el tono de voz al hablar en la unidad porque eso también les afecta, el cubrir la incubadora para evitar la luz que le llegue al bebe para que no este reactivo se tranquilice y duerma.
(Rosa)

Esto se corrobora:

Se observa al neonato dentro de la incubadora en un nido para darle contención, la incubadora se encuentra cubierta con un protector de tela oscura y en momentos que no se realizan procedimientos las luces permanecen apagadas, así mismo también la manipulación de los neonatos en procedimientos es entre dos personas con la finalidad de cuidar el neurosedarrollo.(Observador)

En cuanto al registro de enfermería se encuentra el ítem de intervención: manejo ambiental en donde las enfermeras marcaron que todas realizan cuidado para el neurodesarrollo pero no lo describen (Análisis documental 04, 05,07).

En el neurodesarrollo la Dra. Heidelise Als, describe la teoría “interactiva” (synactive theory) en la cual postula que los neonatos forman activamente su propio desarrollo que está dado en gran medida por su capacidad de atención-interacción y su relación con el entorno y quienes lo cuidan. Todos aquellos estímulos que no sean acordes, penetran y desorganizan al neonato, mientras que los apropiados mantienen y promueven la integración funcional y el crecimiento del prematuro evitando un impacto negativo en el cerebro.

En el neurodesarrollo es importante valorar la conducta o funcionamiento fisiológico del neonato lo que permitirá modular y adecuar los estímulos evitando que lo

desorganicen y promuevan el crecimiento; así para poder interpretar esta conducta se debe valorar cuatro subsistemas, que tienen una jerarquía:

- El subsistema nervioso autónomo, regula el funcionamiento fisiológico básico necesario para sobrevivir. Es el que comanda, es más preponderante a menor edad gestacional, e impacta en el resto de los subsistemas.
- El subsistema motor se manifiesta en el tono, la actividad y la postura.
- El subsistema de los estados, categoriza el nivel de despertar del SNC, los estados de vigilia y sueño.
- El subsistema de atención-interacción es la capacidad del recién nacido de interactuar con el medio y mantener el alerta.

La autorregulación, es la presencia y capacidad que tiene el recién nacido de mantener el balance de los cuatro subsistemas anteriores con su propio esfuerzo. Se presenta a partir de las 32-35 semanas.

El cuidado del neurodesarrollo tiene relación con el cuidado humano de Jean Watsón, en el factor caritas número 8 de su teoría, refiere la enfermera debe crear un entorno de curación a todos los niveles allí donde la salud, belleza, comodidad, dignidad y la paz se potencian²⁸.

En la planificación se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería que conduzcan al neonato a prevenir, reducir y eliminar el dolor, incluye tres fases: Establecimiento de prioridades, elaboración de objetivos y la elaboración de intervenciones¹⁶.

La planificación de los cuidados de enfermería se relacionan con la investigación de Martínez M.¹² Que en relación a los cuidados que emplearon para controlar el dolor neonatal ante los tres procedimientos tenemos: promover el descanso y el sueño con un 100%, limitan las manipulaciones bruscas e innecesarias con un 90%, posicionan al neonato durante y después del procedimiento 91% así como lo envuelven en alguna manta (contención) también con un 90%.

Después de la planificación que a veces se realiza en forma paralela a la ejecución la enfermera busca formas de aliviar el dolor así como se evidencia en la siguiente subcategoría.

1.4. Ejecutando cuidados inmediatamente para aliviar el dolor.

La enfermera ante el dolor del neonato realiza intervenciones no farmacológicas las cuales representan medidas profilácticas y complementarias que han demostrado efectividad en el alivio del dolor leve a moderado, tienen la ventaja de carecer de efectos adversos, ofrecen estímulos placenteros que compiten con los dolorosos, mitigan el dolor y atenúan los estímulos estresantes. Estas terapias incluyen: uso de administración de sacarosa oral, succión no nutritiva, lactancia materna, contacto piel a piel y método madre canguro³⁷.

Entre las medidas más utilizadas para evitar el dolor empleado por las enfermeras de la UCIN tenemos: Administración de sacarosa oral como lo refieren:

En cada procedimiento a realizar a los recién nacidos que están más estables, le damos chupón con dextrosa. O nos colocamos un guante para que succione y de esa manera se calme. Se realiza con dextrosa al 33% o del frasco que este

abierto al 5% o 10% no tenemos una concentración establecida, aproximadamente de 1 a 2 cm (Tulipán)

Darle algunas gotitas de dextrosa en la boquita, dextrosa al cinco por ciento para que se pueda calmar y así vamos probando si calma o no su incomodidad de mi niño. (Margarita)

Administrarle pues glucosita vía oral porque eso le ayuda a disminuir el dolor... pues acá tenemos al 5, 10 y 33% lo que más acostumbramos es al 5%. (Gladiol)

Esto se corrobora con la observación:

De igual manera se observó en algunas de ellas, que antes de realizar procedimientos como: colocación de vías endovenosas, punción del talón, retiro de cintas adhesivas, proporcionan chupetín de dextrosa utilizando guante estéril, algodón y dextrosa a diferentes concentraciones (Observador).

Se encontró que las enfermeras para aliviar el dolor, brindan al neonato chupón de dextrosa, pero no lo plasman en los registros de enfermería con qué tipo de concentración de dextrosa lo han realizado (Análisis documental 03, 07,08).

Estos resultados son coherentes con los encontrados por Gaspardo C, Linhares M, Martinez F, quienes al realizar una revisión sistemática sobre la eficacia de la solución de sacarosa en el alivio del dolor en los neonatos, en estudios publicados entre 1993 y el 2004 encontraron que la solución de sacarosa, mostró eficacia en el alivio da dolor en los procedimientos de punción en neonatos pre-término y a término. La administración de sacarosa oral, en la parte anterior de la lengua, fue recomendada 2 minutos antes del procedimiento doloroso³⁸.

Betancourt E, Espinosa J³⁹. En la investigación realizada “Estrategias no farmacológicas en el alivio del dolor del recién nacido en procedimientos de enfermería”, concluyeron que tanto el uso de glucosa al 30% por vía oral o la succión no nutritiva con chupón son útiles para prevenir el dolor, cuando se utilizan dos minutos previos a la realización de procedimientos de enfermería dolorosos .

La colocación de un chupete en la boca del neonato sirve para estimular la succión, disminuye la respuesta al dolor, se cree que el mismo podría estar relacionado con la liberación de serotonina, que modula la transmisión y percepción de los estímulos dolorosos, o la liberación de endorfinas, o por el hecho de que al distraer la atención del recién nacido disminuye su percepción del dolor³⁸.

Consideramos que las enfermeras de la UCIN utilizan la estrategia del chupetín para evitar o minimizar el dolor del neonato, su utilización debe constituirse en una intervención necesaria u obligatoria en las UCIN, sin embargo esta modalidad, varía de acuerdo con la experiencia de las enfermeras, no existiendo una manera estandarizada de utilizarla, pues algunas utilizan dextrosa al 5%, otras lo hacen al 10% y 33 %.

En algunas ocasiones cuando las intervenciones son invasivas y producen daño a los tejidos, las medidas no farmacológicas resultan insuficientes y es necesario recurrir al manejo farmacológico con analgésicos o sedantes para tratar el dolor, el cual debe ser apropiadamente balanceado ante el riesgo de efectos adversos a corto y a largo plazo⁸.

Las enfermeras de la UCIN identifican la necesidad del uso de fármacos para aliviar el dolor en procedimientos invasivos y en aquellos neonatos reactivos que no se acoplan a la ventilación mecánica, como lo refieren en los siguientes discursos.

Para los bebés que están muy reactivos y van a ser intubados generalmente la indicación médica es el fentanilo dos microgramos, dosis mínimas para que se relaje y sea menos dolorosa la intubación. (Jazmín)

En la colocación de catéter percutáneo siempre hay la indicación de colocar fentanilo o fenobarbital eso si se coloca condicional y cuando se sabe que va ver manipulación o dolor usamos Morfina. (Tulipán)

Usamos la morfina en caso de niños que salen de sedación de varios días también el fenobarbital cuando están bastantes irritables. (Campanilla)

Referente a lo observado las enfermeras administran fentanilo solo con indicación médica, lo administran de forma lenta, cuando van a proceder a la colocación de catéter percutáneo teniendo en cuenta los 5 correctos y realiza la monitorización adecuada en función de sus posibles efectos secundarios (Observador).

En los registros de enfermería se encontró plasmado que, las enfermeras administran fentanilo y/o fenobarbital al neonato antes de realizar procedimiento invasivo como (intubación endotraqueal, colocación de PICC) y también a neonatos que luchan con el tubo endotraqueal con el objetivo de que el niño se mantenga tranquilo. (Análisis documental 02,03,06).

Los medicamentos más empleados por las enfermeras en la UCIN son fentanilo, fenobarbital y morfina. El fentanilo y morfina son analgésico narcóticos opioides más utilizados en la UCIN, tienen un nivel de analgesia similar, sin embargo la morfina tiene mayor efecto de sedación, menor riesgo de rigidez torácica y menor tolerancia que el fentanilo. La acción del fentanilo es más rápida, más corta, tiene menor efecto sobre la motilidad gástrica, menor estabilidad hemodinámica y retención urinaria⁸.

Sin embargo una enfermera por su experiencia en la administración de medicamentos prefiere administrar fenobarbital, como se evidencia en siguiente discurso.

En la colocación de catéter percutáneo indican fentanilo. En mi caso me gusta más usar el fenobarbital porque ya he tenido antecedente que con el fentanyl el paciente se deprime, con el fenobarbital lo mantiene relajado y disminuyes de alguna manera su dolor. (Orquídea)

El fenobarbital es un barbitúrico de acción prolongada con efecto sedante; hipnótico, anticonvulsivo lo que facilita llevar a cabo los diferentes procedimientos⁴⁰. Mientras que el fentanilo produce depresión respiratoria severa y rigidez torácica.

Son múltiples los fármacos que se emplean en el tratamiento del dolor en los neonatos y a la hora de su utilización hay que tener en cuenta las características farmacocinéticas y farmacodinamias que los diferencian de los pacientes adultos. No obstante debemos ser conscientes que a pesar de los avances conseguidos, la experiencia en neonatos es todavía muy limitada ².

Según Martínez y Delgado⁴¹ hacen referencia, que la administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, la enfermera debe demostrar conocimientos y aptitudes necesarios para aplicar un fármaco al neonato, asimismo saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración. Una de las clases de fármacos que manifestaron las enfermeras en estudio fueron los analgésicos, que son drogas para calmar o eliminar el dolor en cierta forma y así podrá mantenerse tranquilo al neonato. Esta categoría son hallazgos de nuestra investigación, que no tienen antecedentes para ser comparados sin embargo son analizados a la luz de la literatura actualizada.

Después de ejecutar el plan de cuidado las enfermeras evalúan el logro de sus objetivos mediante la quinta etapa del PAE surgiendo la siguiente subcategoría.

1.5.-Evaluando los cuidados enfermeros en la evitación del dolor.

Para la evaluación de resultados se dispone de herramientas validadas: los NOC (Nursing Outcomes Classificatio) o *Clasificación de Resultados de Enfermería*, que nombra y estandariza de forma sistemática y proporciona el test para medir los resultados de las Intervenciones de enfermería efectuadas a los enfermos (resultados)⁴⁴.

Las enfermeras de la UCIN realizan la etapa de evaluación valorando nuevamente si sus cuidados fueron efectivos y como lo dejan al neonato al concluir su turno. Como se evidencia en los siguientes discursos:

Evaluó viendo el resultado en sí... si al ofrecerle al bebé contención, darle suero glucosado se calma, se estabilizan sus signos vitales. Significa que han sido efectivas las medidas que se han tomado para disminuir el dolor. Es evaluar como encontramos al bebé en un inicio y ver cómo se va comportando en el transcurso del turno en relación al cuidado que se ha brindado. (Rosa)

En la fase de evaluación se ve todo lo que hemos hecho, se ve reflejado pues que el niño pasa todo el día tranquilo, disminuye su frecuencia cardiaca también y el niño está sumamente tranquilo y con todos los cuidados que se le ha brindado. (Campanilla)

Evaluó que el bebé ya no este desaturando, llorando, inquieto, veo si ha hecho efecto mis intervenciones y en nuestras notas escribimos si el paciente está más estable, está acoplado a ventilador mecánico.(Gladiol)

Se observa que las enfermeras, evalúan sus cuidados a través de las respuestas de evolución del neonato y reporte de enfermería mencionan “él bebé queda más tranquilo” “concilió sueño” etc. (Observador)

En los registros de enfermería se encuentra documentada la evaluación que realiza la enfermera después de haber brindado medidas no farmacológicas y farmacológicas al neonato para evitar o aliviar el dolor., pero no hacen mención del uso de herramientas validadas como son los NOC (Nursing Outcomes Classification) o Clasificación de Resultados de Enfermería. (Análisis Documental01, 02, 03, 08).

Los resultados del paciente sirven como criterio para medir el éxito de una intervención enfermera. Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente, derivados de los cuidados administrados.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente con relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos, para medir el estado del paciente y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

Las escalas de Likert permiten medir el estado del resultado en cada punto de un proceso continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos. Los resultados NOC pueden utilizarse para controlar el progreso o ausencia de progreso a lo largo de un proceso de cuidados y a través de diferentes entornos de cuidados⁴².

La Taxonomía NANDA y las Clasificaciones NIC y NOC, pueden utilizarse conjuntamente o por separado, aunque juntas e interrelacionadas, representan el ámbito de actuación de enfermería en toda su amplitud⁴².

Se puede entender que las enfermeras de la UCIN, evalúan los cuidados que ejecutan respecto al dolor de los neonatos, sin embargo éste no es un proceso sistematizado pues no tiene un punto de partida muy objetivo en la valoración, tampoco se declaran objetivos de intervención, ni se registra un plan de cuidados que permita realizar una evaluación adecuada de las intervenciones realizadas. La evaluación se lleva a cabo en base a las apreciaciones, muchas veces subjetivas e individuales de cada una de ellas; tampoco se utilizan los instrumentos y el lenguaje aprobado internacionalmente como son el NIC y el NOC.

Estos resultados son similar a los encontrados en el estudio de Muro T⁴³. En donde la evaluación carece de sistematización pues ésta es casual y se realiza de acuerdo con los criterios de cada enfermera. Los registros no son específicos para los problemas y las intervenciones frente al dolor son generales y se refieren a los cuidados brindados durante todo el turno.

Según Bravo¹⁶. Evaluar es juzgar o estimar, corresponde a la quinta y última fase del PAE, en este contexto la evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos en la que los pacientes y los profesionales de enfermería determinan. El proceso de evaluación consta de tres etapas: Primero identificación de datos del paciente a través de una nueva valoración para comprobar si se han conseguido los objetivos con las intervenciones realizadas; la segunda etapa constituye la obtención de respuestas de evolución a través de criterios de evaluación y la última etapa corresponde al enjuiciamiento del éxito de los objetivos.

El cuidado que realizan las enfermeras de la UCIN va más allá no solo aliviando el dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas si no que se debe brindar un cuidado holístico, satisfaciendo sus necesidades en todos sus aspectos así surge la siguiente categoría.

II. LA EVITACIÓN DEL DOLOR Y EL INICIO DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO.

Jean Watson, refiere que se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”. Las enfermeras no están aquí para manipular y controlar a los demás si no para entender y ayudar²⁸.

Las enfermeras del servicio de la UCIN cuidan al neonato bajo un enfoque humano; estableciendo una relación de ayuda, identificando causantes del dolor, brindando un cuidado empático y satisfaciendo sus necesidades. Como se manifiesta en los siguientes discursos:

Lo principal es recibirlo en un ambiente de temperatura adecuada, proveerle el confort necesario, manejar sobre todo el cuidado de la piel al momento de canalizar, hacerle de manera gentil procurando que este lo más comfortable, igual en la aspiración de secreciones hacerlo de manera sutil, suave y gentil para que el no sienta el procedimiento doloroso. (Rosa)

La enfermera debe conocer e identificar si el niño tiene dolor a veces el niño llora por estrés entonces lo contenemos, le hablamos de manera suave. (Margarita)

Se observa que las enfermeras, acogen al neonato en un ambiente adecuado, al momento de canalizarle una vía endovenosa colocan en una posición adecuada y procuran que este

lo más cómodo posible, y le comunican que procedimiento se le va a realizar. etc.
(Observador)

En los registros de enfermería no se encuentra documentada el cuidado humano que realizan las enfermeras solo se registra los cuidados para tratar la enfermedad.

Jean Watson señala que el cuidado puede ser efectivamente demostrado y practicado de modo interpersonal. Cuidar incluye aceptar a la persona como es y cómo será, el ambiente donde se realiza el cuidado propicia el desarrollo potencial de la persona, el cuidado se refiere más a la salud que a la cura y la práctica de cuidar es el enfoque central de enfermería⁴⁴.

Watson basa su teoría en 10 factores de cuidado que después denomina proceso caritas de cuidado, a través de los cuales permite entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas. Según los discursos se puede identificar la aplicación de tres procesos caritas que se relacionan al cuidado que brindan las enfermeras para evitar el dolor en el neonato:

Factor uno: Factor humanista –altruista en un sistema de valores: es la práctica amorosa y ecuánime de un cuidado consiente combinado con un conocimiento científico que guiará la práctica enfermera. No es posible elegir sólo cuidar a aquellos que concuerden con nuestra sistema de valores; si no que cuidamos a seres humanos diferentes y únicos.

Factor cuatro: Desarrollo de una relación de ayuda y confianza la cual va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos, implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

Factor nueve: Gratificación y asistencia de necesidades humanas. La enfermera ayuda con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando

cuidados humanos esenciales que potencien la alineación de la mente, cuerpo, espíritu y salud del neonato.

Es por estos motivos que las enfermeras de la UCIN brindan un cuidado humanizado el cual está presente desde el desarrollo de la enfermería con mucha más razón siendo consciente de la vulnerabilidad del neonato el cual necesita más que medicamentos de una caricia, sonrisa y delicadeza.

A la luz del pensamiento de Boff (2004) el cuidado significa pensar, prestar atención, mostrar interés, revelar una actitud de solicitud, diligencia, y buen trato. Los dos significados básicos del cuidado: la actitud de desvelo, de solicitud y atención para con el otro y la preocupación e intranquilidad, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta afectivamente con el otro. Esto incluye necesariamente el imperativo ético y el amor como parte de la triada biológica hacia lo social como su destino y su posibilidad de recreación y resonancia. Resonancia, desde el punto de vista físico es el resultado de la coincidencia de dos frecuencias de energía que coinciden en amplitud y longitud, y desde el punto de vista psicológico es cuando una persona hace uso de la inteligencia emocional e influencia de manera motivadora en las personas de su entorno⁴⁵.

Para Boff, el cuidado sobrepasa toda existencia humana, y produce resonancias en diversas actitudes importantes. Es así como el cuidado produce resonancias tales como: El amor, la caricia, la ternura, la cordialidad, la compasión y la justa medida entre otros⁴⁵.

En el cuidado que brindan las enfermeras de la UCIN se ve reflejado la resonancia del amor como se observa en el siguiente discurso.

Darle sobre todo amor, hablarle porque él también nos escucha y brindarle mucho cariño. (Campanilla)

Se observa que las enfermeras, se comunican con el neonato a través de caricias, gestos, y la forma como le tocan lo hacen de Manera muy delicada. También se observó una amabilidad al momento de darle a la madre para que realice el método mama canguro. (Observador)

En los registros de enfermería no se encuentra documentada el cuidado humano que realizan las enfermeras solo se registra los cuidados para tratar la enfermedad.

El amor es la expresión más alta del cuidado, se cuida lo que se ama y se cree que a través del cuidado se aprende a ser más amoroso, asimismo el amor potencializa nuestra capacidad para cuidar. Cuando uno acoge al otro se realiza una coexistencia y surge el amor como fenómeno biológico que al llegar al nivel humano se revela como una gran fuerza de agregación, simpatía y solidaridad.

El amor es una manifestación esencial del cuidado, sin amor no hay socialización y sin socialización no hay cuidado.⁴⁵

Otra resonancia del cuidado que se observa y queda en evidencia del trabajo de las enfermeras del servicio de la UCIN es la caricia esencial como se refleja en el siguiente discurso.

Darle confort con las manos, abrazarlo, hablarle a veces con solo tocarle de la cabecita o poner las manos en el pechito muchas veces los bebes concilian dormir y con el contacto de tu piel de tu mano con su pielcita de ellos les provoca tranquilidad. (Orquídea)

Se observó que la enfermera apoya al neonato sobre su pecho, acaricia su cabecita de forma muy suave, masajea su espalda y le brinda una sonrisa.

En los registros de enfermería no se encuentra documentada el cuidado humano que realizan las enfermeras solo se registra los cuidados para tratar la enfermedad.

La caricia constituye una de las expresiones máximas del cuidado, es esencial cuando se transforma en una actitud, en un modo de ser que califica a la persona en su totalidad, tanto en el aspecto físico como en el pensamiento, en la voluntad y en todas las relaciones que establece, para que la caricia se manifieste como una resonancia del cuidado es importante establecer entre la enfermera y el ser cuidado una relación de confianza. El órgano de la caricia es fundamentalmente la mano, la mano que toca, la mano que calma, la mano que establece relación, la mano que calienta, la mano que trae quietud. Más la mano no es simplemente ello, es la persona humana que a través de la mano revela un modo de ser cariñoso, acaricia, toca, toca lo profundo del ser humano, allá donde se sitúa el centro de la persona. Cuando tocamos al otro, hay un intercambio de energía transmitiendo el deseo de proporcionar bienestar, aproximación, tranquilidad, serenidad y paz. Al tocar al otro nos aproximamos y exteriorizamos nuestra comunicación.

Estos hallazgos se relacionan con la investigación de Martínez M¹². Donde el 9.1% de las enfermeras encuestadas mencionó otro tipo de cuidado no farmacológico como: El canto, arrullarlo, propiciar el contacto directo con la madre y la colocación de algodón en manos durante el procedimiento.

Es por estos motivos que las enfermeras de la UCIN brindan un cuidado humanizado el cual está presente desde el desarrollo de la enfermería con mucha más razón siendo consciente de la vulnerabilidad del neonato el cual necesita más que medicamentos de una caricia, sonrisa y delicadeza.

Según lo observado y corroborado por los discursos las enfermeras están siempre al llamado del neonato el neonato llora y la enfermera acude a su unidad brindándole

medidas no farmacológicas: anidamiento, sujeción, impone las manos sobre su cuerpo o en otras ocasiones lo alza, lo arrulla hasta lograr que el neonato se calme.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES

Luego de haber realizado el análisis de los resultados presentes en la Investigación, se llegaron a las siguientes consideraciones finales, que a Continuación se presentan:

- Las enfermeras en el cuidado del dolor aplican el PAE en sus cinco fases: valoran el dolor a través de las manifestaciones clínicas, cambios de comportamiento, alteración de los signos vitales, identifican causantes del dolor destacando: lesiones de la piel, dolor por dispositivos de oxigenoterapia. No aplican escalas para valorar el dolor.
- En la fase de diagnóstico las enfermeras de la UCIN registran los diagnósticos preestablecidos en su hoja de monitoreo, mientras que otras enfermeras lo hacen mentalmente. Los diagnósticos establecidos en la hoja de monitoreo son los normados por la NANDA; sin embargo refieren factor relacionado en muchas ocasiones no se asocian con las que presenta el neonato.
- En la planificación las enfermeras consideran importante: La manipulación mínima, el confort, el cuidado de la piel, manejo de los accesos venosos y el cuidado en el neurodesarrollo.
- En la ejecución las enfermeras de la UCIN aplican medidas no farmacológicas entre ellas consideran la más importante y efectiva la administración de sacarosa vía oral, cuando el dolor persiste hacen uso del manejo farmacológico en procedimiento invasivos y en aquellos neonatos que no se acoplan a la ventilación mecánica. Siendo los medicamentos más usados: fentanyl, fenobarbital y morfina, utilizados muchas veces por iniciativa e insistencia de la enfermera quienes muestran una actitud positiva en su uso.
- En la evaluación, las enfermeras de la UCIN evalúan sus cuidados a través de las respuestas de evolución del neonato, no se cuenta con los NOC (Nursing Outcomes Classification) o Clasificación de Resultados de Enfermería.

- El cuidado enfermero en la evitación del dolor del presente estudio tiene enfoque biológico sin embargo el cuidado enfermero va más allá identificándose inicios de un cuidado humano rescatando aspectos importantes de la teoría de Watson y Boff: Establecen una relación de ayuda y confianza, satisfacen las necesidades básicas mostrando una actitud de amor y caricia hacia el neonato.

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

- -A la Enfermera Jefa de la UCIN, considere: Establecer como parte del cuidado enfermero la aplicación de escalas para valorar el dolor, esto después de un análisis entre todas las enfermeras de UCIN.
- A las enfermeras de la UCIN, actualizar y reforzar sus conocimientos sobre escalas de valoración, tratamiento y cuidados del dolor en el neonato; considerándolo como un quinto signo vital.
- A las instituciones formadoras de profesionales de enfermería que ayuden a fortalecer la trascendencia que tiene el correcto manejo del dolor, motivando a desarrollar investigaciones que complementen los hallazgos presentados y ampliar el conocimiento de la realidad en otros escenarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gallegos J, Salazar M. Dolor en el neonato: Humanización del cuidado neonatal Enf. Neurol. 2010; Vol. 9 No 1:26-31. Mex [Consultado 3 de setiembre 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101h.pdf>.
2. Sola A. Cuidados Neonatales descubriendo la vida de un recién nacido.1 ed. Buenos Aires. Editorial Edimed; 2011; Tomo II Cap.1 P: 1381-1385.
3. Vidal M, E. Calderón, E. Martínez, A González y L. Torres. Dolor en neonatos Rev. Soc. Esp. Dolor vol.12 no.2 Madrid Mar. 2005. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200006
4. Romero H, Artemo C, Galindo J. Manejo del dolor en neonatos hospitalizados Repert.med.cir.2015;24 (3): 182-193 Disponible en: <https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017->
5. Soto J, Veramendi N. Conocimiento y aplicación de cuidados ante el dolor neonatal [tesis en internet]. Universidad del Zulia; Venezuela 2017; [Consultado 5 de setiembre 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/310/31054991019.pdf>
6. Pereira M. Una mirada al cuidado: Dolor neonatal Revisalud .2015 [Consultado 13 de octubre 2018]; 3(1) 36-39. Disponible en: <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/577/618>
7. Pérez G. El desarrollo del ego. Sus ocho etapas según Erik Erikson [Consultado 13 de octubre 2018]; Disponible en: http://files.uladech.edu.pe/docente/32906377/psicologia_del_desarrollo_enfermeria/sesion05/peccleculiacan_mazatlanpri_lec_21.pdf

8. Lemus L, Sola A, Golombek S, Baquero H, Borbonet D, Dávila C, et al. Consenso sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor y el estrés en el recién nacido. *Rev. Rev. Panam Salud Pública.* 2014;36 (5):348–54.
9. Paredes J y Zurita T. “Evaluación y manejo del dolor en neonatos por parte del personal profesional de enfermería, en el Servicio de Neonatología del Hospital San Francisco de Quito, 2016; estudio descriptivo. [Consultado 15 de octubre 2018]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15243>
10. Godoy S, Oliva V. Conocimientos y manejo de las técnicas del control del dolor en pacientes neonatos por el personal enfermero. [Tesis en internet] Argentina 2015. [Consultado 18 de octubre 2018] Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8520/godoy-silvina-alejandra.pdf
11. Asadi N, Tavassoli M, Yousefi H , Sadeghi T. Manejo del dolor en los recién: que saben realmente las enfermeras *Glob J Health Sci.* 2014; 6(5): 284–293 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825505/>
12. Martínez M. Propuesta de cuidados de enfermería para el control del dolor neonatal ante procedimientos invasivos. [Tesis en internet].Mexico.2014.[consultado el 17 de Enero del 2019] Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46438/MartinezSalasMarisol.pdf;jsessionid=EC65A58B82BB9EE5C5492ECED3D0D54A?sequence=2>
13. Huarca L, Vásquez, A. Eficacia de las diferentes intervenciones no farmacológicas en el manejo del dolor neonatal durante procedimientos dolorosos. [Tesis en internet] Lima, 2018 [consultado 20 de octubre del 2018] Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/2110/ESPECIAL>

IDAD%20-

%20Luz%20Elvira%20Huarca%20Condori.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Burga L, Paredes R. Actitud de la enfermera frente al dolor del neonato. [Tesis en internet] Chiclayo, 2014. [Consultado 25 octubre 2018] Disponible en: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/359/1/TL_BurgaCollazosLourdes_ParedesAgurt oRayza.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/359/1/TL_BurgaCollazosLourdes_ParedesAgurt%20Rayza.pdf)
15. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco A, Ramírez M, Ferro N, Alvarado E. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. Rev. Enfermería universitaria. Volumen 14, 2017 July – Septiembre 2017, P. 191-198.
16. Bravo M. Guía Metodológica del PAE, Aplicación de NANDA NOC, NIC por especialidad. 2 ed. Perú: Editorial Gráfica Jesús.2010; pp .7-22
17. OMS. Lactante, Recién nacido. 2018. [Consultado 13 de octubre 2018]. Disponible en: https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/
18. Hernández A, Vázquez E, Juárez A, Villa M, Villanueva D, Murguía T. Valoración y manejo del dolor en neonatos. Bol Méd Hosp Infant Méx 2004; Vol.61 (2):164-173 [Consultado el 03 de Noviembre 2018] disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000200009
19. Harillo D, Ignacio J, López A. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. Enferm. glob. vol.16 no.48 Murcia oct. 2017. [Consultado el 05 de Noviembre 2018]. disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400577
20. Preciado A. valoración del dolor en neonatos: Propuesta de un modelo de registro en la Unidad de Neonatología del complejo hospitalario de Navarra. [Tesis en internet]

Madrid. [Consultado 10 de Enero 2019] disponible en:
<http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8035/Grado%20Enfermeria%20Amaia%20Preciado.pdf?sequence=1>

21. Hernández S, Fernández C, Pilar B. Metodología de la Investigación. 6 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2016.Cap: I II III. pp. 358-467
22. Ludke M. El estudio de caso: Su potencial en educación. Traducción de Lucía Aranda Moreno, Doctora en Enfermería P.P.T.C. UNPRG 1986.
23. Okuda M, Gómez C. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios: Métodos en investigación cualitativa: Triangulación. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV / No.1:118-124. [Consultado el 20 de enero del 2019] Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/806/80628403009/>
24. Robles P. La entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropológico. Cuicuilco, vol. 18, núm. 52, pp. 39-49 México 2011. [Consultado el 22 de Enero 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>
25. Robles P, Rojas M. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en la lingüística aplicada. Nebrija 18 Roma 2015. [Consultado 25 de Enero 2019] Disponible en: <https://www.nebrija.com/revista-linguistica/la-validacion-por-juicio-de-expertos-dos-investigaciones-cualitativas-en-linguistica-aplicada.html>
26. Noreña A, Alcaraz N, Guillermo J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Chía. 2012. vol. 12 nº 3 - Colombia 1 263-274. [Consultado el 25 de enero 2018] Disponible en: <http://jbposgrado.org/icuali/Criterios%20de%20rigor%20en%20la%20Inv%20cualitativa.pdf>
27. Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento de los E.U.A. Informe Belmont: Principios éticos y normas para el

- desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. [En línea] 1979 [Consultado: 2 de febrero 2019] Disponible en: http://comitedebioetica.cat/wpcontent/uploads/2012/09/informe_belmont_1978.pdf
28. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8ed. España: Editorial Consultoria; 2015; pp. 79-89.
 29. Villamil A, Ríos M, Bello M, López N, Pabón I. Valoración del dolor neonatal: una experiencia clínica. Aquichan, vol. 7, núm. 2, octubre, 2007, pp. 120-127. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74107204.pdf>.
 30. San Martín D, Valenzuela S, Huaiquian J, Luengo L. Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico Chileno. Enferm. Glob. vol.16 no.48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412017000400001
 31. Gómez M. El dolor en neonatología y práctica profesional. FECAN; vol. 2 núm. 9 disponible en: <http://enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/9/62>
 32. Rodríguez L, De la Mata I, Procedimiento de mínima manipulación en el Neonato. Rev. Enferm. C y L .2014; Vol 6 - N° 2 PP 58-60 Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/115/101>
 33. Contreras H, Castillo L, Álvarez A. Confort neonatal del recién nacido pre-término. Índex Enferm. 2017; vol.26 no.4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300009
 34. Salcedo S, Ribes C, Moraga F. Recién nacido: cuidado de la piel. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recien_nacido.pdf

35. 35.- Florián L. “Conocimiento de enfermería sobre canalización de vía periférica y la presencia de flebitis en el neonato. [Tesis en internet]Trujillo 2015.[consultado el 2 de marzo del 2019] Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8730/2E%20298%20TESIS%20FLEBITIS%20NEONATO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Egano F, Quiroga A, Chattás G.. Cuidado para el neurodesarrollo. Revista “Enfermería Neonatal”, Fundasamin. . [Consultado el 3 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>.
37. Aguilar M, Baena L,Sánchez M, Mur N, Fernández R, García I . Procedimientos no farmacológicos para disminuir el dolor de los neonatos. Revisión sistemática. Nutr Hosp. 2015;32(6):2496-250. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n6/18revision13.pdf>
38. Gasparido CM., Linhares M, Martinez FE. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. J. Pediatr. (Rio J.) [serial on the Internet]. 2005 Dec [cited 2010 May 13] ; 81(6): 435-442. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000800005&lng=en. doi: 10.1590/S0021-75572005000800005.
39. Betancourt C, Espinoza J, Aguilar S, García M, Martínez M, Piedra M. Estrategias no farmacológicas en el alivio del dolor del recién nacido en procedimientos de enfermería Hospital General de Zona No. 1, Zacatecas. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim082e.pdf>

40. García I. Tratamiento farmacológico en el dolor del neonato. [Tesis en internet]. España.2015. [Consultado el 12 de marzo del 2019] Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7047/GarciaGonzalezI.pdf;jsessionid=CE230BE5C262F4404DC4F4B018F4462E?sequence=1>
41. Martínez A, Delgado J, Núñez J, Cano M, Gálvez R. Analgesia postoperatoria en el neonato. Rev Soc Esp Dolor. 2002. [accesado 10 de abril del 2014]; 9 (317-327). Disponible en: Http://www.revista.sedolor.es/pdf/2002_05_02.pdf.
42. NANDA Etiquetas Diagnósticas, NIC, NOC Traducción Revisada De Los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA 1999 Disponible en: perso.wanadoo.es/.../apunt_diagn_enfermer_6.htm –Acceso 15 de Mayo del 2010
43. T Muro. El dolor del neonato: una aproximación al cuidado enfermero por estudiantes de la especialidad de enfermería materna infantil con mención en neonatología. Chiclayo 2010.
44. Waldow R. Cuidar expresión humanizadora de la enfermería. 1 ed. México 2008. Editorial. Nueva palabra; pp. 8-36.
45. Boff, L. Saber cuidar. Ética do humano-compaixao pela terra. Ed.vozes. petropolis, Rio de Janeiro Brasil.

APÉNDICE

APENDICE N° 01



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____



Yo,.....,de.....años edad, identificado (a) con mi D.N.I..... acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada: “Cuidado Enfermero para la evitación del dolor en neonatos en la uci neo del Hospital Regional de Lambayeque 2019”. Además, admito haber sido informado (a) sobre los siguientes aspectos:

1. El objetivo de la presente investigación de forma clara, precisa y suficiente.
2. Mi participación será espontánea y brindare datos veraces.
3. La información obtenida será tratada bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente relatadas por las investigadoras.
4. Se hará uso de una grabadora para mantener la originalidad de los datos obtenidos en esta entrevista.
5. Que la información brindada será utilizada sólo para fines de trabajo científico.
6. Que las investigadoras estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.
7. Que tendré el derecho de retirar el consentimiento para mi participación cuando lo desee.

Firma del Entrevistado

APENDICE N° 02



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



GUIA DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUCTURADA PROFUNDIDAD DIRIGIDA A ENFERMERAS DEL SERVICIO DE LA UCIN.

I.- INFORMACIÓN BÁSICA

Objetivo: Recolectar información para la investigación “Cuidado Enfermero en la evitación del dolor en neonatos en la UCIN del Hospital Regional Lambayeque 2019”.

II.- DATOS GENERALES

-Fecha:

-Seudónimo:

-Edad:

-Tiempo que labora en el servicio:

-Especialidad:

Título:

III.- DATOS ESPECIFICOS

-¿Cómo cuida Ud. al neonato para satisfacer la necesidad de evitación del dolor?

Preguntas Alternas

-¿Cómo valora el dolor en neonatos?

-¿Cómo aplica el PAE en el cuidado de la evitación del dolor neonato? -¿En qué teoría de enfermería basa su cuidado enfermero para el neonato que es sometido a procedimientos dolorosos?

APENDICE N° 03



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



GUIA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Objetivo: Recolectar información para la investigación: “Cuidado Enfermero para la evitación del dolor en neonatos en la UCIN del Hospital Regional de Lambayeque 2019.

2. DATOS INFORMATIVOS

- Nombre del observador:

- Fecha:

-Hora de inicio:

-Hora de término:

-Escenario:

3. CONTENIDO

Se observará el cuidado de la enfermera en la prevención y manejo del dolor en el neonato.

-En el primer contacto de la enfermera con el neonato.

-Durante el desarrollo del turno

3.1. EN LA FASE DE VALORACIÓN

-Controla signos vitales: FC, FR, P/A, SO₂

-Examen Físico

-Valora respuestas conductuales del RN.: Llanto, expresión facial, patrón respiratorio, Movimiento de brazos y piernas, patrón del sueño y agitación.

-Valora el microambiente del recién nacido: Temperatura, Nido, posición postura y manipulación.

-Valora el macro ambiente: Luz, ruido

3.2. EN LA FASE DIAGNÓSTICA

No se puede observar los diagnósticos

-EN LA FASE DE PLANIFICACIÓN

Cómo organiza su cuidado en relación al dolor del neonato.

- EN LA FASE DE LA EJECUCIÓN:

Se observa en el cuidado diario, la aplicación de medidas farmacológicas y no

Farmacológicas.

Procedimientos	Aplica medidas no farmacológica				No aplica
	Succión no nutritiva	Chupetín de dextrosa	Contención	Arrullo, Caricias	
Canalización de vía periférica					
Punción de talón					
Aspiración traqueal					
Retirada de adhesivos					
Colocación de SOG					

Procedimientos	Aplica medida farmacológicas					No aplica
	Panadol	Fentanyl	Fenobarbital	Dorixina	Morfina	
Intubación endotraqueal						
Colocación del PICC						
Punción lumbar						
Toracentesis						

EN LA FASE DE EVALUACIÓN.

-Controla nuevamente signos vitales

-R.N. en comodidad y confort

-Optimiza el microambiente.

-Optimiza el macro ambiente

En cada uno de los escenarios se tendrá en cuenta el ambiente externo, los hechos observados, lo que dicen, lo que hacen, medidas que utilizan.