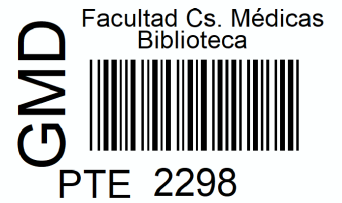


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor, según antigüedad en la profesión, y la aparición de complicaciones en recién nacidos pre términos hasta 36 semanas de edad gestacional, en un servicio de neonatología de un efector público de la ciudad de Rosario

Autora: Romina, Trinidad

Directora: Verónica, Núñez

Docentes Asesoras: Mg. Natalí, Córdoba

Lic. Yanina, Beisel

Rosario, 28 de febrero 2022

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

“...sé firme en tus actitudes y perseverante en tu ideal.

Pero sé paciente, no pretendiendo que todo te llegue de inmediato.

*Haz tiempo para todo, y todo lo que es tuyo, vendrá a tus manos, en
el momento oportuno”.*

M. Gandhi

Resumen

Por mucho tiempo, el dolor en el neonato se ha tratado de forma insuficiente. Tal vez por la estigmatización del pensamiento sobre la incapacidad de que estos, al no poder verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor, eran incapaces de experimentarlo y recordarlo. Actualmente se conoce por diferentes indicadores que el dolor está presente en ellos. Todo infante que requiere de la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (ucin), son sometidos diariamente a una serie de diversos procedimientos dolorosos como parte de su tratamiento, esta situación no deseada por la familia, ocasiona angustia y ansiedad por lo desconocido y no planificado. Es por ello, que en las últimas décadas se ha instaurado una nueva filosofía del cuidado del recién nacido, más cálida y humana, centrada en el neonato, incluyendo la participación de los padres y destacando el rol de la enfermera en relación al conocimiento y la aplicación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en cuanto al dolor.

El objetivo de este estudio es describir la relación que existe entre las intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor, según su antigüedad en el servicio y la aparición de complicaciones en recién nacidos pre términos hasta 36 semanas de edad gestacional, internados en la unidad de cuidados intensivos neonatal, de un efector público de la ciudad de Rosario, en el año 2022. El mismo se llevará a cabo tras un abordaje metodológico cuantitativo, un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizará la técnica de observación para ambas variables, dirigido al personal de enfermería con antigüedad laboral mayor a un año, en el mismo se mediarán las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas reconocidas por los participantes. Como así también mediante la aplicación de la escala de Susan Givens, instrumento validado, se observarán las reacciones fisiológicas y conductuales de dolor en los recién nacidos prematuros.

Los datos serán procesados mediante la estadística descriptiva y presentados en gráficos circulares, de barras simples y gráficos de distribución de frecuencia.

Palabras claves: Intervención de Enfermería - Tratamiento del Dolor – Aparición de complicaciones - Recién Nacido Pretérmino.

ÍNDICE	
Resumen y Palabras Claves	03
Índice General	04
Glosario	05
Introducción	
Estado del arte	6
Planteamiento del problema en estudio	10
Hipótesis y objetivos	10
Marco Teórico	12
Material y Método	33
Diseño y Tipo de Estudio	33
Sitio y Contexto	33
Población y Muestra	35
Técnica e Instrumento para la Recolección de Datos	38
Personal a Cargo de la Recolección de Datos	40
Plan de Análisis	41
Plan de Trabajo	44
Anexos	
I. Guía para el estudio exploratorio	46
II. Instrumentos de recolección de datos	53
III. Resultados del estudio exploratorio	57
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento	61
Bibliografía	62

Glosario

RN: Recién nacido

RNPT: Recién nacido pre término

UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales

EG: Edad gestacional

MSCF: Maternidad segura y centrada en la familia

CCF: Cuidado centrado en la familia

Introducción

Los avances logrados en las últimas décadas, en la atención y cuidados neonatales durante la hospitalización, han permitido un presagio más favorable para la mayoría de los problemas complejos que los mismos presentan. Esta transformación ha contribuido notablemente en mantener una calidad de vida estable, incluso en la de los niños más inmaduros y de alto riesgo. El aumento de la supervivencia de esta población ha favorecido el crecimiento de la morbilidad y han disminuido las alteraciones vinculadas al neurodesarrollo a largo plazo. Distintos estudios y análisis han provocado un cambio metodológico en las intervenciones realizadas, dando lugar a una nueva forma de entender los cuidados neonatales. Lo cual resalta la importancia de llevar a cabo dichos cuidados, centrados en el desarrollo del bebé y en su familia a través de una intervención interdisciplinaria. Los grados elevados de prematuridad están asociados a riesgos mayores de complicaciones graves e incluso potencialmente mortales. Estos presentan un riesgo elevado de sufrir problemas a largo plazo, entre ellos retraso en el desarrollo, parálisis cerebral y trastornos del aprendizaje. No obstante, la mayoría de los niños que nacen prematuramente crecen sin dificultades a largo plazo. En las últimas décadas el cuidado de enfermería neonatal ha pasado del modelo tradicional centrado en las tareas, a estar centrado en el paciente. De esta manera se introduce una nueva filosofía del cuidado del recién nacido prematuro, basada en la mejora del desarrollo con una atención más cálida, humana, que cubre las necesidades del bebe y la familia.

En la actualidad y a grandes rasgos se reconoce que la mortalidad infantil con mayor porcentaje se ubica en este periodo breve de la niñez, lo que confiere a la medicina un gran desafío en la esfera de las especialidades médicas. El equipo interdisciplinario de neonatología es el que se ocupa del recién nacido (RN) o neonato, estos se involucran en la atención de su evaluación, desarrollo normal, así como del diagnóstico y tratamiento de sus trastornos y enfermedades, los cuales requieren de un cuidado especializado fundamentalmente originados por la prematurez, el bajo peso o las malformaciones. (Quiroga, 2012)

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en 1978, definió el dolor como una “experiencia sensorial desagradable, asociada a daño tisular real o potencial o descrito en términos de dicho daño”. Aunque dicha definición se ha mantenido como uso generalizado mundialmente, la misma ha sufrido cambios con el paso del tiempo. La actualización más reciente establecida por la IASP, describe el dolor como “una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales y sociales”. Esta se trata de una definición más completa y cercana al concepto de dolor total, puesto que describe el dolor como una experiencia angustiosa e inquietante, recogiendo los componentes emocionales y sensoriales, resaltando los aspectos cognitivos y sociales. Proporcionando una dimensión más comprensiva y amplia del dolor. (Pérez Fuentes, 2020)

En ese mismo contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define y clasifica el dolor en función de su duración, localización, curso, intensidad, pronóstico de control y finalmente según la farmacología utilizada.

Debido a la magnitud y la importancia del dolor, la OMS, lo reconoció como un importante problema de salud pública global e identificó la necesidad de un tratamiento mejorado y estandarizado. (Rubio Longo MC, 2020)

Por otra parte, una investigación realizada en Cuba y publicada por la Revista Ciencias Médicas de Pinar Del Rio, con la finalidad de precisar el efecto de la dextrosa y la lactancia materna en el alivio del dolor en recién nacidos para la implementación de nuevos protocolos, tras un estudio experimental, prospectivo y longitudinal, llevado a cabo en la unidad de cuidados neonatales del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado", en 200 RN de edad gestacional entre 34 a 42 semanas sometidos a procedimientos dolorosos específicos como, punción del talón, colocación de accesos venosos, punción lumbar y curación de herida quirúrgica. Divididos en tres grupos. Grupo 1: lactancia materna (antes, durante y después) Grupo 2: control (sin la administración de dextrosa, ni lactancia materna) Grupo 3: dextrosa al 30% oral, 2 minutos antes de la realización del procedimiento doloroso administrado con jeringa, demostró que el grupo que recibió dextrosa tuvo mayor eficacia analgésica con una probabilidad de 0.473, versus lactancia materna de 0.201, con estos resultados concluyeron que el uso

de la dextrosa resultó ser una alternativa terapéutica no farmacológica para el alivio del dolor en RN que ingresan a las unidades de cuidados intensivos neonatales sometidos a procedimientos dolorosos con más efectividad que la utilización de la lactancia materna. (Hernández Acosta; D, 2015)

De manera semejante la revista Enfermería Global publica un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal implementando un cuestionario semiestructurado realizado en Chillan ciudad central de Chile, cuya población estuvo constituida por RN hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) del Hospital Clínico Herminda Martin, cuyo objetivo fue valorar la intensidad del dolor en los recién nacidos frente a procedimientos de enfermería, en ocasiones de cuidados y tratamientos implementados, en el transcurso de junio a septiembre del año 2015. El mismo estuvo conformado por 52 recién nacidos en un porcentaje de igualdad de sexo entre femeninos y masculinos. En este, el mayor número de procedimientos realizados fueron colocación de sonda orogástrica, punción venosa y arterial, siendo esta última la causante de dolor moderado en el RN. En cuanto al nivel de dolor presentado por las unidades de análisis, fue en un 42,3% dolor intenso, el 23,1% dolor moderado y en un 34,6 % no presentó dolor. Por tal, el estudio determinó que los prematuros menores de 37 semanas sintieron mayor dolor que los RN de término. Además, aporto que, a mayor peso, mayor es el dolor, también se observó que el test de APGAR realizado al recién nacido establece una relación directa, pero débil, aportando que, a mayor APGAR al nacer, mayor es dolor. (San Martin, 2017)

Con el fin de profundizar conocimientos en el tratamiento del dolor neonatal un estudio científico publicado por la revista de la Sociedad Española del Dolor realizado en dos instituciones hospitalarias de Argentina en el año 2018, expresa que el cuidado, la prevención y el alivio del sufrimiento durante la internación en la ucin son pilares esenciales para el desarrollo de los prematuros. El objetivo del mismo fue observar las reacciones de dolor en recién nacidos pre términos (RNPT) de diferentes edades gestacionales y colaborar en la concientización del personal de salud sobre la temática del dolor. Demostró que en los prematuros extremos la frecuencia cardiaca tiende a disminuir a diferencia de los prematuros moderados y mayores donde la frecuencia cardiaca aumenta, expresan gestos y movimientos. Destaca que el dolor en estos niños de temprana edad conlleva a otros problemas

potenciales ya sea a corto o a largo plazo. Por tal concluye que el adecuado manejo del dolor es un derecho para el prematuro que no siempre es tenido en cuenta, por lo que pretende seguir trabajando en la elaboración de una escala específica para estos infantes y en la concienciación del personal de salud, humanizando las intervenciones en el niño. (Gómez; M, 2018)

Por otra parte, un estudio publicado por la Sociedad Argentina de Pediatría el cual fue realizado por el comité de estudios feto-neonatales, llevado a cabo de manera interdisciplinaria en el año 2019, establece que cada institución debería contar con un programa de evaluación del dolor de manera rutinaria, disminuir el número de procedimientos dolorosos y prevenir el dolor agudo asociado a los mismos. El objetivo de este es unificar criterios de atención en estos pacientes frente a las diferentes situaciones generadoras de dolor y estrés a las que se enfrentan durante la internación. Muestra que la cooperación de la familia y la mirada de enfermería son pilares indispensables para organizar estrategias adecuadas, construyendo un equipo de funciones organizadas para aliviar el dolor y controlar los síntomas. Señala además que los estímulos dolorosos generan un nivel de estrés elevado afectando así el neurodesarrollo a largo plazo. Concluye determinando que el dolor existe aún en los neonatos más inmaduros. (Jonusasb, 2019)

Propósito

El propósito de este proyecto de investigación consiste en comunicar a las autoridades de la institución los resultados obtenidos y aportar datos que sirvan de guía, para la confección e implementación de un protocolo de cuidados en el tratamiento del dolor en RNPT, fundamentado en las intervenciones del tratamiento farmacológico y no farmacológico por parte del servicio de enfermería, y de esta manera desarrollar y adoptar estrategias que aborden la estandarización del cuidado, para la valoración y el tratamiento preventivo del dolor.

Problema de Investigación

En función de lo mencionado hasta aquí, surge como problemática de investigación.

¿Qué relación existe entre las intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor, según antigüedad en la profesión y la aparición de complicaciones en recién nacidos pre términos hasta 36 semanas de edad gestacional en un servicio de neonatología de un efector público de la ciudad de Rosario durante el primer trimestre del año 2022?

Objetivo general

Describir la relación que existe entre, las intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor, según antigüedad en la profesión y la aparición de complicaciones en recién nacidos pre términos hasta 36 semanas de gestación en un servicio de neonatología de un efector municipal de la ciudad de rosario, en el primer trimestre del año 2022.

Objetivos específicos

- . Identificar la aparición de complicaciones del dolor en los recién nacidos pre términos a través de las manifestaciones conductuales y fisiológicas.
- . Identificar la implementación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos por parte del personal de enfermería en el tratamiento del dolor.
- . Identificar la antigüedad laboral de los enfermeros.
- . Describir la aparición de complicaciones fisiológicas y conductuales más frecuentes relacionadas a las intervenciones de enfermería farmacológicas y no farmacológicas.

Hipótesis

- El personal de enfermería con mayor antigüedad laboral, realizará mejores intervenciones, disminuyendo la aparición de complicaciones en el neonato.
- Las intervenciones de enfermería no farmacológicas en el tratamiento del dolor disminuirán la aparición de complicaciones en el recién nacido pre término.

Marco teórico

La neonatología es una rama de la pediatría la misma se especializa en la atención del recién nacido sano como enfermo durante el primer mes de vida. Escritos y observaciones del siglo XVII relatan el parto como una experiencia temible que ocasionaba muchas muertes maternas y donde la supervivencia de los prematuros era mínima.

Debido a esto, en París, en 1814 el convento de Port Royal fue transformado en un área de Maternidad. Cuya función principal estaba dedicada al cuidado post parto, pero con un interés particular en los RN, quienes tenían un pabellón especialmente destinado a su atención. Dicha organización estaba conformada por los mejores profesionales de la obstetricia francesa, Stephane Tarnier y su alumno Pierre Budín, pioneros en el desarrollo de la neonatología, estos produjeron los mayores avances del área, y años más tarde son reconocidos como los padres de la neonatología. En 1880, Tarnier crea la primera incubadora cerrada con la que se logró mejorar hasta el 62% la tasa de supervivencia de los recién nacidos. Su interés por la creación de medidas antisépticas e higiénicas durante el parto ayudó a la reducción de la mortalidad por sepsis. Se le atribuye, también, la utilización de oxígeno en prematuros y la nutrición mediante sonda orogástrica. No obstante, Budín dedicó especial atención al estudio de los RN, mediante la recolección de datos y estudios estadísticos reconoció los patrones de crecimiento normal y la edad gestacional. Además, vinculo la relación entre la temperatura y la mortalidad neonatal e hizo diversas publicaciones acerca de los cuidados sobre el cordón umbilical y sobre la importancia de la lactancia materna para prevenir la diarrea infantil. Por otro parte en 1905, Pierre Budín publica su libro “Le Nourrisson” tras su experiencia al cuidado de prematuros en Port Royal, Jamaica. En este se sientan las bases de los cuidados de enfermería neonatal. (Del Moral; T, Bancalari; E, 2010)

A partir de estos conocimientos de índole mundial en el último siglo, la atención de los RN se ha transformado. Estos cambios incursionaron desde la atención empírica simple hasta la medicina actual y moderna, fundamentada por evidencia científica y auxiliada por la tecnología. Sin lugar a duda para lograr una

atención de excelencia en los servicios de Neonatología, se debe disponer de personal calificado, de una excelente formación, contar con una buena localización en el área hospitalaria y estar provisto de una adecuada tecnología. Es necesario resaltar que desde el año 2004 comienza a regir tanto para las instituciones públicas o privadas la ley 25929, con el fin de favorecer y respetar la fisiología, los tiempos biológicos y emocionales de la gestante. Por tal, la legislación establece derechos, para la mujer y el bebé en el transcurso del embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto. Estos determinan, el derecho de toda mujer al parto natural, a estar acompañada por la persona que desee, a elegir en la posición en la que quiere parir, a transitar su embarazo, parto y post parto respetado en todos los sentidos. En conclusión, debe recibir información necesaria y adecuada para poder decidir.

Por ello que, en la actualidad, bajo un nuevo paradigma de salud UNICEF presenta un modelo de atención y cuidados para esta población en los efectores públicos conocida como Maternidad Segura Centrada en la Familia. Este nuevo miramiento, adopta una cultura de acercamiento transpersonal entre los padres, la familia y el equipo de salud, dejando como protagonistas de la atención a la madre y el recién nacido. Define la seguridad de la asistencia sanitaria como una de sus prioridades, estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte del equipo de salud. También promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado del binomio, fortalece e implementa prácticas seguras y de gran efectividad. A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, que contribuya a brindar, mejorar la calidad de la atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país. (UNICEF, 2012)

El cuidado centrado en la familia (CCF) es primordial en la neonatología, principalmente en el nacimiento de un niño enfermo, vulnerable y con riesgo de muerte inminente. Este infante debe ser abordado de manera integral, en donde la unidad de cuidado es la familia. Su filosofía se basa en una sociedad conformada por el equipo de salud y las familias. Entre sus principios básicos se

destaca: la presencia irrestricta de los padres en la UCIN, la participación activa en los cuidados y la comunicación abierta con ellos.

Su objetivo esencial se basa en promover la salud y el bienestar de los individuos y su familia. Brindando atención de calidad y segura, a través de una alianza conformada por los pacientes y sus familias, obteniendo así mejores resultados en la estadía hospitalaria, ya que la experiencia del paciente y su familia es favorable, al igual que la del personal de salud, favorece la investigación, el diseño de los servicios y el desarrollo de políticas.

Esta nueva política de salud discrimina y connota principios básicos, poniendo énfasis en el respeto y dignidad para todos los integrantes de la familia, considerando para su cuidado sus elecciones, perspectivas, valores, creencias y cultura. Luego manifiesta la importancia de compartir información con la familia, con el objetivo de que esta, participe en la toma de decisiones, en el cuidado, en la colaboración del desarrollo de programas de educación, en el diseño de las unidades y en la administración de cuidados.

Otro punto expresa que el rol de enfermería es sustancial, ya que promueve el desarrollo de la confianza en los padres para el cuidado del RN en la UCIN. Acto seguido se refiere, que es fundamental la capacitación continua del profesional con el fin de integrar a los padres en el cuidado del RN, tratándolos como miembros igualitarios y activos del equipo de salud. Los programas educativos para el profesional se basan en como apoyar la relación RN/padres/CCF; cómo comunicarse con las familias; lactancia materna; posicionamiento y apego; transición de alimentación; cuidados para el neurodesarrollo; cuidados de rutina; documentación; plan de alta; trabajo con los padres y cuidado paliativo. (Quiroga A. 2018)

Estas instituciones suelen estar integradas por una sala de cuidados intensivos neonatales, compuesta por diversos y sofisticados dispositivos, como así también por personal calificado y con experiencia para tratar y cuidar, los infantes esta etapa de la vida. El papel de la enfermera dentro de la UCIN, se centra en los cuidados del neonato, el apoyo emocional y la educación a la familia. Sin duda esta práctica, promueve y genera un avance en la concientización del

trabajo en equipo, enfocado y haciendo participe a la familia. Por ello, estos cuidados son denominados, activos, oportunos y continuos. A sí mismo, intervenciones de enfermería se definen, como el conocimiento y el juicio científico, para favorecer la recuperación, mediante el seguimiento de pautas adecuadas, establecidas por el equipo de salud. Además, el rol de la enfermera en la práctica diaria, la observación correcta y temprana es fundamental para evitar el sufrimiento en el RN. (Soria; P, 2013)

Desde un enfoque práctico, las enfermeras son las que más tiempo permanecen brindando cuidado al neonato y día tras día confrontan con procedimientos aflictivos. Su rol encierra la valoración del dolor, la aplicación de métodos farmacológicos y no farmacológicos y el seguimiento de las medidas acogidas para su alivio. El tratamiento del dolor se ha convertido en una parte crucial de los cuidados del neonato. La atención de estos pequeños está básicamente encaminada al tratamiento de las patologías de origen, sin embargo, el cuidado debe ser holístico, satisfaciendo sus necesidades en todos sus aspectos. (Guerrero; R, 2016)

Un recién nacido prematuro es un bebé que nace antes de las 37 semanas de gestación. Según la edad gestacional de este, sus órganos aún se hallarán inmaduros, por lo cual pueden no estar preparados para funcionar fuera del útero. Para simplificar la edad gestacional hace referencia al crecimiento y desarrollo del feto. Esta corresponde al número de semanas que han transcurrido desde el primer día del último período menstrual de la madre y el día del parto. Este conocimiento se determina también con otra información que los médicos reciben a través de estudios complementarios, como los resultados de las primeras ecografías. Los recién nacidos, son reconocidos como lactantes prematuros por nacer antes de las 37 semanas. Pero además se clasifican como, extremadamente pretérmino, el parto se produce antes de las 28 semanas de gestación, muy pretérmino, el parto se produce entre las semanas 28 y 32, moderadamente pretérmino, el parto se produce entre las semanas 32 y 34, y finalmente en pretérmino tardío, el parto se produce entre las semanas 34 y 37.

Se estima que él bebe está preparado para nacer a las 40 semanas de gestación. (OMS, 2012)

Si bien es cierto que, existen numerosas interpretaciones subjetivas del dolor, realizadas por expertos, los cuales consideraban que este no era aplicable en neonatos. Por tal afirmaban, que la incapacidad de estos infantes en verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor era sinónimo de incapacidad para experimentarlo o recordarlo. Esta dificultad en reconocer el dolor neonatal, implicó un peor manejo del mismo durante años. Por esta razón, el dolor en esta etapa de la vida se ha tratado de forma insuficiente. Debido a las ideas preconcebidas sobre la subjetividad de este, tales como la inmadurez del sistema nervioso central y la creencia de que sus nervios aun no estaban mielinizados, además que la administración de opiáceos debido a la inmadurez, provocaría mayor daño por sobre el alivio del infante.

No obstante, en la actualidad se sabe que, en la sexta semana de gestación se inician las conexiones entre neuronas y células en la asta dorsal de la médula espinal. A las 20 semanas de gestación se han desarrollado receptores sensitivos en las superficies cutáneas, mucosas, como así también millones de neuronas corticales. A las 24 semanas hay sinapsis. En las 30 semanas hay mielinización de las vías dolorosas al tronco cefálico y tálamo, desarrollando así sinapsis en la médula espinal con fibras sensitivas, como también la madurez total de la corteza cerebral. (Vidal; A, 2005).

Si bien algunos de los procedimientos que se le realizan durante la internación, han comprobado ser dolorosos o gravemente estresantes, entre ellos, punciones arteriales, venosas y de talón. Punción lumbar, accesos vascular periférico o central. Biopsia de médula ósea, eliminación de adhesivo, intubación endotraqueal. Fisioterapia respiratoria, colocación de sondas y catéteres, toracocentesis/paracentesis, o colocación de tubos de tórax, se debe resaltar que no son para injuriar al infante, sino que apuntan a un diagnóstico confiable y certero. A partir de estas afirmaciones, se emite que el dolor causa una serie de alteraciones multisistémicas como hipoxemia, acumulación de secreciones y atelectasias, a nivel cardiovascular produce estimulación simpática con aumento

de la frecuencia cardíaca y presión arterial, vasoconstricción, alteración de los flujos regionales y aumento del consumo de oxígeno. En el cerebro puede presentar aumento de la presión intracraneana con mayor riesgo de hemorragia intraventricular o isquemia cerebral. También se observan a causa del dolor espasmos musculares, inmovilidad y enlentecimiento de la función gastrointestinal y urinaria. Cabe mencionar también, que los neonatos están más expuestos a infecciones debido a la depresión del sistema inmunitario provocada por el dolor. (San Martin, 2017)

El dolor es una experiencia cortical subjetiva. Si bien los neonatos no pueden especificar el dolor, existe una evidencia convincente, a través de respuestas fisiológicas y conductuales que indican que responden al dolor. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial, o que se describe en términos de ese daño. También expresa que el dolor es subjetivo y existe siempre que una persona exprese que algo le duele y que la expresión y la manifestación de este dependen de la experiencia vivida por el individuo y el uso de la palabra en experiencias tempranas de la vida. Dicho en otras palabras, hace hincapié en la naturaleza física y emocional del dolor. Con respecto al dolor en los neonatos debe resaltarse que la incapacidad de comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de que esté sufriendo dolor y necesite un tratamiento analgésico apropiado. (Padilla, 2020)

En consecuencia, el dolor se clasifica, para su identificación de diversas maneras. Dentro de las cuales se consideran, la clasificación fisiopatológica la cual engloba dos grandes tipos de dolor, el nociceptivo, que puede ser somático o visceral, dependiendo de la localización de los nociceptores activados y dolor neuropático. Además, la clasificación en función a la duración del dolor, la cual se discrimina en, dolor agudo, dolor crónico, dolor episódico o recurrente, dolor Intercurrente, dolor de fin de dosis, todos ellos capaces de producir efectos negativos y prevenibles en el neonato que los padece. El dolor nociceptivo, se produce por la presencia de un estímulo doloroso sobre los nociceptores, es el principal responsable del dolor de tipo agudo. Dependiendo del lugar de origen se puede distinguir en, somático, este suele ser un dolor bien localizado. Se subdivide

en dolor superficial, cuando afecta a las membranas de la piel o mucosas y se describe como dolor agudo. Este tipo de dolor es profundo, se ven perjudicados músculos, articulaciones, huesos o ligamentos. Los pacientes que lo sufren verbalizan un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo los trayectos nerviosos. Un ejemplo puede ser el dolor por metástasis óseas. Por tanto, al hablar de dolor somático nos referimos a todas aquellas estructuras musculoesqueléticas de la pared torácica y abdominal, la columna y las extremidades. En cuanto al dolor visceral, es el que proviene de órganos internos como el corazón y grandes vasos, los pulmones y las vías respiratorias, el aparato digestivo, el hígado, vesícula biliar, los órganos urológicos, como riñones y vías excretoras, y el aparato reproductor. Tradicionalmente, el dolor somático se entiende como una forma de protección del organismo, sin embargo, en el caso del dolor visceral, su contribución a la protección del individuo está menos clara. Algunos órganos internos son insensibles al dolor y, en otras ocasiones, el dolor en vísceras como el hígado aparece cuando existe una lesión muy importante y extensa, que puede comprometer la vida. Este cumple con ciertas características clínicas, En primer lugar, hay que destacar que no todas las vísceras son capaces de generar dolor, de hecho, el hígado, los riñones, el parénquima pulmonar y la mayoría de las vísceras sólidas no son capaces de generar sensaciones dolorosas. No siempre se asocia a estímulos nocivos o agresivos. Se caracteriza por ser difuso y estar mal localizado, se acompaña de dolor referido en otras localizaciones. Es capaz de desencadenar respuestas reflejas vegetativas y motoras. En tal sentido el dolor neuropático, se produce secundario a una compresión nerviosa, por una lesión del sistema nervioso central o periférico con afectación nerviosa. Puede ir acompañado por parestesias, hiperestesia, alodinia e hiperalgesia. Se describe como ardor, quemazón, pinchazos o entumecimiento. Ocurre en pacientes que sufren la compresión de la médula espinal. Por otra parte, la clasificación según su duración, lo expresa, como agudo, este es limitado en tiempo, tiene escaso componente psicológico. Nace de estímulos dolorosos de tipo mecánico o térmico, principalmente. Se transmite a la médula por fibras nociceptivas. Esta clasificación también hace referencia, al dolor crónico, manifestando que es ilimitado en su duración, se acompaña de un gran componente psicológico, se suscita principalmente por estímulos químicos, pudiéndose producir también por

estímulos mecánicos o térmicos persistentes. Este dolor se transfiere a la médula espinal por medio de fibras de tipo C muy rápidamente. Por consiguiente, el dolor episódico o recurrente se define como la presencia aguda de este, aparece de forma intermitente durante un largo periodo de tiempo y el infante puede no sufrir dolor entre los episodios dolorosos. Estos episodios son a menudo de intensidad, calidad y frecuencia variables a lo largo del tiempo, con lo que resultan impredecibles. Este tipo de dolor puede ser indiferenciable del dolor agudo recurrente, pero podría tener repercusiones más graves en la vida física y psicosocial. Algunos ejemplos son la migraña, el dolor episódico de la drepanocitosis y el dolor abdominal recurrente. Dentro del mismo se destacan, el dolor irruptivo, cuyas características son, una exacerbación aguda del dolor de rápida aparición, corta duración y una intensidad descrita como moderada a elevada. Este tipo de dolor suele aparecer en pacientes con un dolor crónico controlado. Luego hace referencia al dolor de fin de dosis, este aparece anticipándose al momento de la administración analgésica correspondiente, la concentración sanguínea del medicamento cae por debajo de la concentración analgésica mínima eficaz. Finalmente, el dolor mixto, en el cual coexisten más de un mecanismo de los mencionados anteriormente. Otra clasificación establecida por la OMS, para describir el dolor es según su intensidad, las cuales son las más presentes al momento de evaluar el dolor en el neonato. Esta, es utilizada para la administración del tratamiento adecuado y para valorar si está siendo efectivo. La escala analgésica de la OMS se basa en la cuantificación del dolor y las denomina en, leve, este no irrumpe con las actividades cotidianas. El dolor moderado, el cual interfiere con las actividades habituales, y precisa tratamiento con opioides menores. El dolor severo, el cual obstaculiza el descanso, precisando opioides mayores, para alivio del mismo.

Con el fin de identificar y reconocer el dolor en el neonato, existen escalas validadas que facilitan la discriminación y la intensidad de este. La evaluación inicial del recién nacido que manifieste dolor o presente signos conductuales del mismo, consta de una anamnesis detallada, una exploración física, el diagnóstico de las causas y la medición de la intensidad del mismo, con un instrumento apropiado para la edad. La evaluación del dolor requiere la obtención de

información sobre su localización, duración y características, así como de las repercusiones del dolor persistente en diversos aspectos de la vida del infante, tales como el sueño, su estado emocional, relaciones, desarrollo y función física. El profesional de salud, debe intentar investigar la relación del dolor con cualquier factor desencadenante mediante un interrogante sobre posibles factores que lo agraven o alivien. Así mismo, debe preguntar por los tratamientos del dolor que se hayan utilizado anteriormente y su eficacia. Es necesario reconocer el dolor, evaluarlo, medirlo y seguir su evolución y las estrategias para controlarlo, utilizando para ello instrumentos que sean apropiados para la edad, cultura y estado del recién nacido. (OMS, 2012)

La evaluación del dolor en el recién nacido puede ser una tarea muy desafiante, ya que se trata de una estimación subjetiva en un sujeto incapaz de expresar verbalmente su dolor. Por ello, el nivel de entrenamiento y la experiencia del observador (médico/enfermero) son muy importantes. Algunas escalas se basan en la observación de cambios conductuales, como los movimientos faciales, el llanto y el comportamiento general, y otras incluyen, además, cambios fisiológicos, como la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y la presión arterial. En los prematuros, la expresión del dolor está más relacionada con estos cambios fisiológicos que con los conductuales, por lo cual algunas escalas validadas para prematuros dan más peso a la respuesta fisiológica. Con el fin de evaluar y documentar el dolor en los neonatos, se han implementado varios instrumentos de medición, haciendo más amena y funcional la tarea de enfermería. Entre estas escalas se encuentra, el Sistema de Codificación Facial Neonatal (NFCS). Es una escala que evalúa la presencia de dolor ante los procedimientos dolorosos, requiere entrenamiento y tiempo para la codificación, es una medida descriptiva basada a través de 10 movimientos faciales del bebé, (cejas fruncidas, ojos cerrados y apretados, boca abierta, etc.) la presencia del parámetro es 1 punto, su ausencia es 0. El puntaje máximo son 10 puntos para el recién nacido pre término y 9 puntos para el recién nacido a término. Esta escala ha demostrado su capacidad para detectar cambios en la expresión facial como respuesta a la punción con aguja en niños de todas las edades, incluyendo neonatos y prematuros. Otra escala es la del Perfil de Dolor del Prematuro (PIPP).

Esta es una escala de medida multidimensional para la evaluación del dolor en el recién nacido de término y el recién nacido pretérmino (de 28 a 40 semanas de edad gestacional). Se compone de siete parámetros, entre conductuales y fisiológicos. Cada indicador se evalúa de 0 a 3 y puede alcanzar un valor máximo de 18 a 21 puntos según el ajuste por la edad gestacional. Un valor menor o igual a 6 indica la no existencia de dolor, y los valores mayores o igual a 12 indican dolor moderado-intenso. Ha sido validada para el dolor en los procedimientos invasivos y en el posoperatorio. También existe la escala de Evaluación del Dolor y la Sedación Neonatal (N-PASS). Evalúa separadamente el dolor y la sedación. En la evaluación del dolor, el puntaje se registra de 0 a +2 por cada comportamiento y criterio fisiológico. Se adicionan puntos en los recién nacidos pretérminos según la edad gestacional. El puntaje total se registra como un número positivo. El tratamiento está sugerido con puntaje mayor a 3. La evaluación de la sedación, no necesita ser registrada cada vez que se evalúa el dolor. Se asigna 0 a -2 por cada criterio con puntaje total negativo de 0 a -10. Los niveles deseables varían en cada situación. Durante la sedación profunda el puntaje oscila de -10 a -5. En la sedación leve el puntaje obtenido debe estar estipulado entre -5 y -2. Y finalmente sin sedación donde el puntaje debe ser 0. Un puntaje negativo sin la administración de opiáceos podría indicar que el paciente está expuesto en forma prolongada al dolor, estrés, depresión neurológica, infección u otra patología. Otras escalas validadas son la de Dolor Agudo del Recién Nacido (DAN), y la de Indicadores de Comportamiento de Dolor Infantil (BIIP), ambas conductuales que evalúan la expresión, los movimientos faciales y de los miembros del neonato. Además, en la actualidad, se está investigando el uso de nuevas tecnologías para medir respuestas al dolor, como la espectroscopía cercana al infrarrojo, la electroencefalografía de amplitud integrada, la conductancia cutánea y la evaluación de la variabilidad de la frecuencia cardíaca. Estas innovaciones son prometedoras en el desarrollo de métodos neurofisiológicos para evaluar el procesamiento de estímulos nocivos a nivel cortical en el recién nacido, mientras están despiertos, sedados o anestesiados. Sin duda es importante que cada unidad elija una única escala para ser aplicada tomando en cuenta las características de su población, y en paralelo debe ser fácil de utilizar, para que

sea aceptada y realmente se aplique marcando una diferencia en el seguimiento longitudinal del recién nacido. (Jonusasb, 2019)

Otra medida es la escala de dolor postoperatorio, llamada CRIES. Esta valora cinco parámetros compuestos por manifestaciones fisiológicas y de comportamientos, con una valoración máxima de 10 puntos. Cada parámetro tiene una valoración de 0,1 o 2. Su título, es un acrónimo que estimula la memoria de los profesionales: crying = llanto, requerimientos de O₂ para saturaciones del 95%, incremento de los signos vitales tales como, la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, la expresión facial, el sueño y vigilia. (Vidal; A, 2005)

Tras estas evaluaciones, se podrá elaborar y poner en práctica conjunto con el equipo de cuidado, un plan terapéutico detallado que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas. El dolor debe medirse a intervalos regulares durante la ejecución del plan terapéutico. Esto permite determinar los cambios de su intensidad a lo largo del tiempo, evaluar la idoneidad y eficacia del tratamiento elegido y efectuar los ajustes que sean necesarios. A partir de las evidencias anteriores hoy en día se sabe por indicadores conductuales y fisiológicos, que el dolor está presente en los neonatos, por tal debe prevenirse, tratarse para evitar sufrimiento y efectos nocivos resultantes de cambios fisiológicos, hormonales y biológicos, que pueden reprogramar el desarrollo del sistema nervioso central debido a la percepción nociva. La valoración y tratamiento del dolor neonatal debe ser multidisciplinario, a cargo de médicos, enfermeras en conjunta participación de la familia, y de este modo implementar el tratamiento más adecuado a cada situación particular, como tratamiento farmacológico, y el tratamiento no farmacológico. El uso de las técnicas, no farmacológicas son de gran utilidad en el servicio además de ser inofensivas, entre ellas se discriminan, por ejemplo, el contacto madre-hijo, hablarle o arrullarlo. Es necesario resaltar que, al hablar de analgesia no farmacológica, se hace referencia a una serie de medidas profilácticas no invasivas por parte del personal responsable a cargo. Este método incluye medidas de seguridad, protección, confort y agrupamiento de las tareas, para evitar estímulos repetidos, respetando el sueño y el momento de la alimentación. Así se promueve un entorno adecuado, con limitación de ruidos y luz ambiental. En cuanto a la manipulación del neonato esta debe realizarse de

forma lenta y suave, promoviendo comportamientos y posturas de autorregulación, como sostener, agarrar y succionar.

Importantes evidencias muestran que el manejo del dolor no farmacológico es positivo, al facilitar la realización de procedimientos con menor impacto emocional tanto en el bebé, como en sus padres. Dentro de este tipo de intervenciones podemos mencionar la implementación de la lactancia materna, a través de distintos estudios se ha demostrado que el amamantamiento durante un proceso doloroso elimina el llanto y los signos de dolor. Por otra parte, la implementación de la contención, a través de un correcto posicionamiento y manipulación, lo cual implica mantener arrullado en posición de flexión al recién nacido con las extremidades próximas al tronco, ofrecen reposo y calma ante alguna expresión de dolor. (Shah; P. Herbozo; C, 2012).

Del mismo modo el contacto piel a piel, es un método inocuo no solo para contrarrestar los síntomas negativos del dolor, sino que también ha demostrado ser efectivo en la protección de la hipotermia, hipoglucemia y sepsis. (Suman Rao, 2008)

Así mismo, la succión no nutritiva, se refiere al uso del chupete, estimulando la misma. El neonato se tranquiliza, lo cual contribuye a disminuir el malestar del infante, inducido por el dolor. (Liaw; J, 2012) Además, la sacarosa (azúcar) ha demostrado ser efectiva y segura en relación con el alivio del dolor en prematuros disminuyendo el tiempo de llanto, las expresiones faciales, la frecuencia cardiaca y la actividad motora. Su administración requiere prescripción, dicho en otras palabras, no se debe administrar sólo porque el recién nacido llora. Su efecto inicia a los 10 segundos, el efecto pico se observa a los 2 minutos y el efecto analgésico se sostiene durante 5 a 10 minutos. Por ello, se recomienda administrar una primera dosis 2 minutos antes del inicio del procedimiento y repetirla a los 2 minutos si el mismo se prolonga. Otros métodos no farmacológicos son los estímulos sensoriales, el masaje, la música y la exposición al olor materno. (Jonusasb, 2019)

Por consiguiente, el tratamiento farmacológico se utiliza cuando los procedimientos son más agresivos, combinado en muchas oportunidades con la

terapia no farmacológica. El tratamiento farmacológico requiere del cuidado de enfermería y se realiza por prescripción médica, adecuada e individualizada según la necesidad del infante y los procedimientos a realizar. La Organización Mundial de la Salud establece una regla o escala analgésica para el tratamiento del dolor, la cual es considerada como un principio en la medicina, esta se basa en la administración gradual de fármacos analgésicos asociada a la evolución e incremento del dolor del sujeto de atención. (OMS, 2013)

Por lo expuesto anteriormente, los fármacos empleados en los recién nacidos deben indicarse por personal profesional responsable e idóneo en farmacocinética. De este modo el tratamiento farmacológico se encuentra conformado por, anestésicos locales se trata de una aplicación tópica de crema, generalmente la más utilizada es la compuesta por lidocaína 2,5% y prilocaína 2,5%, se utiliza para aliviar el dolor que se asocia a determinados procedimientos menores como extracciones venosas programadas, pequeñas intervenciones dermatológicas y vacunaciones. Proporciona una analgesia de 0,3 cm en profundidad. Se emplea sobre piel intacta y nunca en mucosas ni heridas, ya que la absorción de prilocaína a través de la membrana mucosa puede tener efectos tóxicos.

Otros son, los analgésicos antitérmicos dentro de este grupo, en neonatología el más empleado es el antipirético y analgésico acetaminofeno o paracetamol para control del dolor leve y la fiebre, es descrito como un analgésico débil por lo que se ha usado ampliamente en tratamiento como coadyuvante con otros aines u opioides para dolor moderado a grave. Otro detalle no menor de este es que no afecta la función plaquetaria, por tal puede ser de elección en pacientes trombocitopénicos. (Vidal; M, 2005)

Otros, son los analgésicos antiinflamatorios no esteroides, estos también conocidos como aines, tienen un techo en el tratamiento del dolor relativamente bajo, por lo que su actividad analgésica es moderada, la ventaja de estos es que no altera el sensorio. Aunque, su utilización se ve asociada con sangrado gastrointestinal, disfunción plaquetaria y disminución del filtrado glomerular. Dentro de este grupo el más utilizado es el ibuprofeno, así como también la

indometacina, aunque en neonatología la implementación de los mismos es para el tratamiento del cierre del ductus arterioso. Los aines no deben ser utilizados para analgesia en el período neonatal dado que existen agentes disponibles más seguros y eficaces.

Por otra parte, los opioides, son analgésicos muy potentes considerados los fármacos con mayor efecto analgésico y sedante para el control del dolor moderado a grave que ejercen su acción a través del sistema nervioso central, sistema nervioso periférico y otras áreas, como el plexo mientérico y la médula adrenal, no poseen efecto techo, es decir que, al titular la dosis del paciente, puede escalar según el requerimiento del infante, hasta lograr su confort. Otra característica es su reversibilidad, la naloxona es un antagonista competitivo de todos los receptores opioides; actúa por desplazamiento del fármaco, por lo que se revierten todos sus efectos, incluso el efecto analgésico. Dentro de estos fármacos se encuentran la morfina, el fentanilo y el remifentanilo los mismos son empleados para procedimientos cortos por su efecto rápido y de corta duración. Cabe destacar que la reacción adversa más importante de estos fármacos es la depresión respiratoria, además del estreñimiento, euforia y estasis biliar. (Jonusasb, 2019)

Otros métodos a considerar, son los coadyuvantes, los cuales suelen emplearse, como tratamiento complementario a los analgésicos primarios, estos se consideran muy eficaces en el dolor tipo neuropático en neonatos que no responden al tratamiento con opioides. Cabe destacar dentro de estos, se encuentran, los benzodiazepinas, sedantes empleados en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Dentro de estos se destacan el lorazepam, el diazepam, el hidrato de cloral, a los mismos les sigue con frecuencia el barbitúrico, fenobarbital. Se debe tener conocimiento que estos fármacos producen sedación, pero no analgesia por lo que se utilizan como coadyuvantes.

No obstante, se debe apreciar que también se encuentra dentro de este grupo, el midazolam, el mismo dejó ser utilizado en neonatología, ya que ha sido asociado a tasas muy altas de hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular o muerte. Es importante recordar que las benzodiazepinas, el

hidrato de cloral y los paralizantes musculares no poseen efecto analgésico. (Rubio Longo MC, 2020)

El tratamiento óptimo del dolor comienza con su evaluación precisa y exhaustiva, lo cual le permite al profesional tratar y aliviar sufrimientos innecesarios. Dicha evaluación debe repetirse a intervalos regulares porque la enfermedad y los factores que influyen en ella pueden cambiar de un momento a otro. Las evaluaciones periódicas permiten determinar la eficacia de las diferentes estrategias terapéuticas, ya mencionadas. Según la Organización Mundial de la Salud, estos, son cuidados de carácter integral e interdisciplinario orientados al neonato y a su familia. El objetivo es prevenir y tratar de modo adecuado el dolor y otros síntomas asociados, y conseguir la mejor calidad de vida posible de aquellos sujetos de atención y su familia, que afrontan una enfermedad que amenaza seriamente la vida. Por ello en los últimos años se han producido numerosos avances en el cuidado del recién nacido los cuales han contribuido a un aumento importante de la supervivencia de estos enfermos críticos sometidos a procedimientos dolorosos. Es fundamental señalar la necesidad de involucrar a los padres de manera progresiva en los cuidados de su hijo y que puedan expresar abiertamente sus sentimientos, dudas y temores. Una conducta honesta hacia ellos favorece su mejor integración y facilita la relación con los profesionales. (Jonusasb, 2019)

Con respecto a la antigüedad laboral, se puede mencionar que generalmente los recién graduados, aun teniendo sus fundamentos con bases teóricas, no tienen las capacidades suficientes para desafiar una situación que amerite, un accionar rápido y responsable, cuando es de su responsabilidad, afrontar una situación en el ámbito profesional, ya que en ese momento no dependen de su tutor y deben ser autónomos en la toma de decisiones. En el transcurso del tiempo, la experticia que adquiere la enfermera no solo depende de ella y de la integración de sus capacidades sino del tipo de sujeto de atención que trata y de su especialidad, puesto que cuanto mayor tiempo esté en contacto con algún tipo de sujeto de atención, mayor será capacidad de predecir y de actuar basándose en la experiencia. Según Patricia Benner el proceso que la enfermera atraviesa desde recién graduada, hasta que se especializa en un área

determinada, es un proceso, en el cual van surgiendo una serie de cambios de conducta, se van adquiriendo habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad. De manera similar Robinson señala, cuatro etapas de adquisición de habilidades intelectuales y motoras que se ponen en práctica en el quehacer diario de la profesión, las describe así, la enfermera novata, la cual comienza a relacionar el conocimiento práctico con el teórico frente a situaciones de baja complejidad desarrollando así un plan de atención básico. La enfermera competente uno y la dos, en la cual la primera hace referencia a la profesional que se encuentra en la etapa en la cual domina actividades básicas, pone en práctica experiencias del pasado para resolver situaciones actuales, el núcleo familiar entra a ser parte del proceso de enfermería, y la segunda, se basa en experiencias previas dando soluciones rápidas a situaciones no planificadas con eficiencia y eficacia. La enfermera ya es competente en cuanto a analizar, predecir y actuar. Por último, menciona, la enfermera experta, esta es capaz de resolver problemas de alta complejidad, tiene una base intuitiva, genera pensamiento crítico y autocrítico, mantiene un equipo de trabajo en mejora continua, dando como resultado la prestación de un servicio de alta calidad y satisfacción para los pacientes y familiares. (Carrillo Algarra, 2013)

De lo anterior expuesto se puede decir, que en la formación disciplinar y el conocimiento llevado a la práctica son el eje fundamental para el desarrollo de habilidades y destrezas del profesional de enfermería, y que el mismo se adquiere y desarrolla a través del tiempo y la práctica diaria. De este modo se establece el paradigma en cuanto a la teórica que más se asemeja al estudio es la teoría de Jean Watson. En líneas generales y recapitulando se debe considerar mencionar su concepto y definición en cuanto en las intervenciones de enfermería, la aparición de complicaciones del dolor neonatal, además de debe estipular que la población en estudio se vincula, a una Maternidad Abierta y Segura Centrada en la Familia.

En síntesis, se considera apropiado abordar y respaldar diferentes definiciones que se exponen en el proyecto de investigación desde algunas teorías de enfermería como: La teoría de Jean Watson, que está basada en valores, enfocados en el mundo asistencial. El profesional de enfermería realiza todo para

promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivos, sociales y espirituales. Algunos de los elementos que permiten dulcificar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar continuo, generador de vida, seguro para el sujeto de atención, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas. El cuidado de los pacientes es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. Por esta razón el trabajo de J Watson, contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos, que ayuden a mejorar la calidad de atención. El cuidado es la esencia de Enfermería, constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad. (Guerrero; R, 2015)

Según la visión filosófica y la teoría de Watson, se exponen a continuación los diez factores caritativos de cuidado. En primer lugar, hace mención a la “formación humanista– altruista en un sistema de valores que se convierte luego en la práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”. Watson asume que la práctica diaria de enfermería permite el desarrollo y la evolución moral. Más allá de la formación vivida en la infancia y la juventud, el profesional siempre debe de ir incorporando valores y desarrollando su moral, a pesar de lo experimentado. Este sistema de valores forjado debe combinarse con el conocimiento científico de enfermería, pero sin olvidar que estos por sí solos no ayudarán a la relación con otros. El conocimiento en ciencias humanas provee de herramientas para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos, permitiendo abordar aquellos individuos con diversos valores, raza, clase social, generación, etc., cuidando así a seres humanos diferentes y únicos. El cuidado amoroso con ecuanimidad requiere de un desarrollo evolutivo moral y no sólo de un desarrollo del conocimiento. En segundo lugar, menciona la “incorporación de la fe - esperanza”, que se convierte luego en “Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de

creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado". Se debe permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantención de la salud. La fe no necesariamente logra la curación, pero siempre está asociada al cuidado. En tercer lugar "el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros" será redactado más tarde como "El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión". Ante situaciones de crisis, el profesional no debe impedir que el sujeto de atención o familia exprese sus sentimientos de dolor, pues estos forman parte de la vida y de los procesos que se viven como seres humanos. Tampoco debe de intentar evitar estar al frente de situaciones dolorosas, contestar preguntas o estar con sujetos que van a morir. Es por ello que el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia, formando así a un profesional auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor. En cuarto lugar, se encuentra "el desarrollo de una relación de ayuda y confianza". El cuidar la relación humana se convierte en "Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza". Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. Existen tres guías para evitar la incongruencia: primero el profesional debe de ser auténtico; segundo: el profesional debe reconocer las dificultades que conlleva una relación con otros para comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores y; en tercer término, tanto las experiencias del sujeto de atención como las de los profesionales son vitales, conformando un proceso de autoaprendizaje. La relación de cuidado está basada en la creencia de que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no le pertenecen al personal, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu. El cuerpo de una persona no debe cosificarse y se debe respetar como tal. En quinto lugar, hace referencia a "la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos". La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de sentimientos,

que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado, ya que la libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. En sexto lugar se refiere al uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial, que se convierte en el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencial. Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen del tecnicismo en el proceso de atención, adquiriendo autoconfianza y ejerciendo más autonomía. Para esto el instrumento privilegiado es la investigación, el aprendizaje, la apertura de nuevas estrategias de cuidado, establecer correcciones a las teorías existentes y elaborar nuevas. En séptimo lugar aparece la promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal, que luego deriva a participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro. Según Watson se suele informar al sujeto de atención, sin educarlo y sin educarse, en resumen, la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes y no una simple entrega de conocimientos. Este factor de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla o, en otros casos, a prepararse para determinados eventos. Se deben personalizar los cuidados, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de este y su entorno social y cultural. Además, en octavo lugar, se refiere a “la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural”, que se convierte en: “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”. Watson define este ambiente en externo (seguridad, confort y abrigo) e interno (autorrealización, comunicación, etc.). A partir de las variables de cada ambiente surgen las necesidades que, al ser satisfechas, alivian o disminuyen su angustia o dolor, mejoran su sentido de adecuación y bienestar. En noveno lugar explica “la asistencia con la gratificación de necesidades humanas”, la que posteriormente llama “la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve

el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”. En función de los diferentes niveles de necesidades básicas, Watson plantea que los factores socioculturales afectan las necesidades en todos los niveles. Por lo tanto, brindar cuidado implica un trabajo profesional destinado a la satisfacción de las necesidades humanas en el ámbito de la salud, comunidad o población, a través de la visión holística integrando así los diferentes estratos de necesidades. Por último, y en décimo lugar, detalla “el reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales”. Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de como las cosas aparecen ante ellos”. La fenomenología es descriptiva, como una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayudan a entender el fenómeno en cuestión. A través del abordaje holístico, se puede atender en orden jerárquico las necesidades del sujeto de atención. (Urra, 2011)

Así como también para validar los conocimientos científicos implementados por los profesionales en la situación planteada, se fundamentaron y ampararon en los conocimientos teóricos de Bárbara Carper, quien se refiere a la enfermería como la integración de la ciencia y la profesión que permiten promover el cuidado humano en diferentes momentos y contextos del proceso vital, considerando al sujeto de atención como un ser con una visión holística, focalizado en las respuestas humanas frente a los problemas de salud reales o potenciales que demandan intervenciones de enfermería humanísticas y de calidad. La necesidad de fundamentar el quehacer profesional ha permitido desarrollar aspectos propios de la enfermería a través de valores, estructuras, formas, comportamientos y patrones de conocimiento que sirven como directrices para ejemplificar características y modos de pensar acerca de los fenómenos de estudio. La comprensión, sobre todo, de los patrones de conocimiento que emplea enfermería es esencial para su enseñanza y aprendizaje, lo que permite identificar la variabilidad de aspectos que competen a esta disciplina y qué clase de conocimientos son de mayor valor en la misma. Los patrones de conocimiento planteados por Carper son cuatro, que se identifican a través del análisis de conceptos y de la estructura sintáctica del conocimiento de enfermería. Esos se

distinguen según el tipo de significado lógico: el empírico hace referencia a la ciencia de enfermería, el estético al arte de enfermería, el personal al conocimiento de uno mismo y los otros, y el ético, el cual permite el desarrollo del conocimiento moral de enfermería. (Escobar Castellanos, 2018)

Material y Métodos

Diseño y Tipo de Estudio

El abordaje metodológico de la investigación es cuantitativo, y el tipo de estudio es no experimental, descriptivo. Según el momento de ocurrencia de los hechos y la recolección de los datos será prospectivo de corte transversal.

Tiene un enfoque metodológico cuantitativo, donde se delimito el problema y se seleccionaron las variables en estudio operacionalizando las misma, de tipo observacional, pues, las variables serán estudiadas tal como se dan en su contexto natural. Sin manipulación de las mismas.

Es descriptivo, debido a que las variables se asocian entre sí, describen lo que sucede en la población específica y lugar en un tiempo determinado. Prospectivo porque se recolectarán datos a medida que se vayan presentando los hechos, de corte transversal, ya que, las variables se miden simultáneamente, en un tiempo acotado.

Sitio y Contexto

Para la selección del sitio y el contexto donde se llevará a cabo la investigación se aplicó una guía de convalidación de sitio (Ver anexo I) la cual corresponde al primer control de validez interna, con la misma se pudo realizar una comparación entre dos instituciones hospitalarias, una perteneciente al efector municipal y la otra al efector privado de la ciudad de Rosario, ambas instituciones con servicio de maternidad y área de neonatología. La misma se efectuó a la jefa de servicio, de manera presencial, determinando la existencia o no de las variables, y la población en estudio, así como también el espacio físico para la recolección de datos. Este permitió separar la institución privada de la investigación, ya que no reunía los criterios de elegibilidad para llevar a cabo el siguiente proyecto, la población estaba presente, pero las variables se vieron afectadas por la utilización de un protocolo ya establecido por el equipo sanitario a cargo.

El resultado del estudio exploratorio (anexoIII) arrojó que la institución seleccionada reúne los criterios de elegibilidad y por tal se llevará a cabo la investigación, la misma se enmarca en la ciudad de Rosario y el contexto abarca la unidad de cuidados intensivos neonatales de la institución pública, dependiente de la municipalidad de dicha ciudad. Es necesario remarcar que dicha institución efectúa el mayor número de partos anuales, alrededor de aproximadamente 4500 nacimientos por año. Su índice de cesáreas es cercano al 23%, dicho porcentaje se ubica entre los más bajos del país. En ella, desde 2006, se desarrolla el Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, también la Ley de Parto humanizado como políticas institucionales que se enfocan en mejorar la calidad de vida y la asistencia a las personas que se encuentran atravesando un embarazo. También es una institución de referencia en la región sur de Santa Fe del (nodo Rosario) con respecto a todo lo que son las cirugías neonatales, por ello los bebés y embarazadas que requieran atención quirúrgica compleja son trasladados a la misma, hasta provenientes de distintas localidades. Consta también de una residencia para madres, la cual funciona en el quinto piso de dicha institución. La misma alberga madres de neonatos muy críticos o que residan en localidades vecinas o por cuestiones de problemática social, durante el tiempo que sus bebés están internados, se les brinda un servicio de comida completo (desayuno, merienda, almuerzo y cena). Funciona allí también un servicio de Voluntariado Social cuyos integrantes llevan adelante tareas de acompañamiento y contención, participación en campañas de promoción de la lactancia materna y actividades de inclusión educativa para las madres. Este grupo de mujeres se destaca por proveer insumos esenciales a las familias más vulnerables.

Además, la sala de neonatología por su nivel de pacientes y tecnología avanzada se clasifica como tercer nivel de atención. Por otra parte, la misma está compuesta de paredes vidriadas hacia la sala de espera, permitiendo a la familia ver al recién nacido, está dividida en área intensiva, intermedia, aislamiento respiratorio y sector cunas, en este último es donde cursan la internación infantes próximos al alta, cuenta también con un sector exclusivo enfocado en la lactancia materna, llamado lactario, destinado a las madres para extracción de leche y su posterior conservación, y al servicio para la preparación de aportes nutricionales

del neonato. La jornada laboral se divide en cuatro turnos de seis horas, con una dotación de diez a ocho enfermeros por turno. Posee capacidad instalada de 27 unidades de internación, fraccionadas en 21 incubadoras y 6 cunas. La organización administrativa de la institución está conformada por jerarquías. Las madres que no se encuentren en la residencia tienen la posibilidad de ingresar las veinticuatro horas del día, a estas se les brinda una ayuda monetaria para efectuar la carga de tarjeta de transporte público de pasajeros semanalmente y así aliviar los gastos y evitar que las familias pierdan la accesibilidad de acompañar al recién nacido durante el proceso de internación.

Población y Muestra

Para llevar a cabo la investigación se tomará a la población total de enfermeros asistenciales de la unidad de cuidados intensivos neonatales que poseen más de un año de antigüedad en el servicio y el total de neonatos pretérminos hasta 36 semanas de EG.

Las unidades de análisis serán, cada uno de los enfermeros asistenciales del servicio y cada uno de los neonatos hasta 36 semanas de edad gestacional. Para determinar a los mismos se tendrá en cuenta los criterios de inclusión/exclusión, el cual responde al segundo control de validez interna.

Criterios de inclusión:

- . Enfermeros que poseen más de un año de antigüedad laboral.
- . Enfermeros de ambos sexos que realizan tareas asistenciales.
- . Recién nacidos hasta 36 semanas de gestación.

Criterios de exclusión:

- . Neonatos que se encuentren bajo tratamiento de sedación y analgesia.

En este estudio la población estará compuesta por aproximadamente 45 enfermeros y 27 neonatos de una unidad de cuidados intensivos neonatales de una institución pública, dato obtenido del estudio exploratorio (ver Anexo III) este

anexo hace referencia en el apartado sitio. Ante esto, se tomará el total de la población, por tal, no se realizará muestreo ya que el número de población es reducido y factible de ser medido en su totalidad.

En cuanto a la validez externa de este estudio, los resultados serán generalizables solo a la población en estudio, por lo cual, los datos no podrán generalizarse a otros servicios del hospital, ni a otros servicios ni población de terapia intensiva del país o de instituciones privadas de salud.

Operacionalización de las variables

Variable 1: Intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor: Tipo cualitativa compleja, función independiente, escala de medición ordinal.

Definición conceptual: Las intervenciones de enfermería son acciones basadas en fundamentos científicos que se realizan para el bienestar del neonato durante la hospitalización, a través de un plan de cuidado que contribuyen a mejorar los niveles de dolor y disminuir la intensidad de los mismos.

Dimensión 1: Farmacológica

Indicadores:

- Emplea analgésicos locales
- Emplea antitérmicos
- Emplea antiinflamatorios (aínes)
- Emplea opioides
- Emplea coadyuvantes (benzodiazepinas)

Dimensión 2: No farmacológica

Indicadores:

- Adopta como técnica la lactancia materna durante una intervención

- Lleva a cabo medidas táctiles de contención como masajes, mecer o el contacto piel a piel
- Pone en práctica la succión no nutritiva con chupete o tetina
- Implementa el arropamiento como medida de contención durante y posterior a una manipulación
- Realiza acciones de acompañamiento como la música, cantar o hablar con vos suave
- Implementa sacarosa como estímulo de succión para disminuir el llanto y las expresiones de dolor
- Adapta el ambiente para evitar el ruido, disminuyendo el sonido y la luminosidad respetando el ciclo de sueño y vigilia

Variable 2: Antigüedad en la profesión: Tipo cuantitativa continua, función independiente, escala de medición razón.

Definición conceptual: Es el tiempo total de prestación de servicio, como profesional, brindando calidad y seguridad en la atención diaria.

Indicadores:

- De 1 - 5 años
- De 6 - 10 años
- De 11 – 20 años
- Más de 21 años

Variable 3: Aparición de complicaciones del dolor: Tipo cualitativa compleja, función dependiente, escala de medición nominal.

Definición conceptual: Estos son episodios inesperados que podrían causar daño al neonato a corto o a largo plazo. Los mismos pueden presentarse o no.

Dimensión 1: Conductuales

Indicadores:

- Acción de dormir
- Expresión facial
- Actividad motora
- Tono global
- Consuelo
- Llanto

Dimensión 2: Fisiológicas

Indicadores:

- Frecuencia cardíaca
- Tensión arterial
- Frecuencia respiratoria
- Saturación de oxígeno

Técnicas e Instrumento para la Recolección de Datos

Para la variable “Intervenciones de Enfermería en el Tratamiento del Dolor”, se utilizará la técnica observación y como instrumento una lista de control, este fue creado por la autora en base a la bibliografía utilizada durante la investigación. Constará de dos dimensiones: farmacológica del cual se desprenden seis indicadores y la dimensión no farmacológica consta de siete indicadores. La lista de control estará compuesta por: antigüedad laboral y un listado de acciones, las cuales se observarán y se registrarán si se realizan o no, con un apartado de observaciones.

Las respuestas cerradas, son más fáciles de codificar y preparar para su posterior análisis. Además, requieren un menor esfuerzo, al no desarrollar las respuestas, sino seleccionar la que mejor considere. También, reduce la confusión en estas y favorecen las comparaciones y cuantificaciones entre las mismas. Su principal desventaja es no poder desarrollar las respuestas, ninguna describe con

exactitud lo que las personas tienen en mente o desea expresar. (Hernández Sampieri, 2014)

La ventaja de este instrumento es que nos permite recolectar en primera persona la información y se obtienen datos objetivos y estructurados, pero la desventaja de esta técnica es que la observación puede influir en la conducta participante. (ver Anexo II)

Para la variable, “aparición de complicaciones del dolor” se utilizará, la técnica de la observación y como instrumento un check list validado a través de la escala de valoración del dolor de Susan Givens Bell, la cual fue desarrollada en 1994 en el Childrens Hospital de Saint Petersburg. Florida, EUA por la misma. Dicho instrumento cuenta con 10 ítems que han sido discriminados en 2 dimensiones, la primera de ellas relacionada a las expresiones conductuales conformada por 6 indicadores, y la segunda relacionada a las manifestaciones fisiológicas, formada por 4 indicadores (ver Anexo II)

Lo importante de esta escala es que permite una aplicación de la misma antes y después del procedimiento, es práctica, objetiva, además muestra una valoración rápida del dolor, permitiendo una intervención rápida y efectiva para disminuirlo o evitarlo.

Se realizó una prueba piloto de los instrumentos como tercer control de validez interna (ver anexo IV) a una población de similares características a la en estudio. Esta prueba es de suma importancia porque posibilita evitar que se produzcan sesgos, así como controlar que no interfieran las variables ajenas, también, permite asegurarse una adecuada interpretación de aspectos que pudieran resultar pocos claros o confusos al momento de su administración, dando cuenta de que se mide lo que se pretende medir.

Durante la elaboración y la aplicación del instrumento se considerarán, los principios bioéticos, los cuales son de suma importancia para garantizar la protección de los participantes siendo esta la responsabilidad del investigador. El principio de respeto por la dignidad humana, que implica el derecho a la autodeterminación y la información completa. Esto significa que los sujetos tienen derecho a decidir de forma voluntaria si participan o no en un estudio, el momento

en que quieren retirarse de ese estudio y a rehusarse a dar información cuando considere que invade su privacidad. Por ninguna circunstancia el sujeto debe ser sometido a coerción (amenazas, incentivos, etc.) para participar en el estudio. Esto se aclara en todo momento, cuando se está realizando la investigación. Para que las personas puedan ejercer su derecho de decidir si participan en la investigación, deben contar con la suficiente y completa información. El investigador debe describir con detalle la naturaleza del estudio, el derecho del sujeto a rehusarse a participar, los riesgos y beneficios que podrían ocurrir. Esto es lo que se denomina “consentimiento informado”. (ver anexo II)

El principio de no maleficencia, se refiere sobre todo a no dañar, ya que los sujetos en estudio no deben estar expuestos a daño físico o psíquico. Los beneficios siempre deberán superar los efectos adversos.

Los sujetos serán tratados de manera justa, se preservará en todo momento su intimidad. La obligación del investigador es distribuir por igual los riesgos y los beneficios de la participación en el estudio de investigación. El reclutamiento y la selección de los participantes deben hacerse de manera equitativa. El principio de justicia prohíbe poner a un grupo de personas en situación de riesgo para beneficiar únicamente a otro.

Personal a Cargo de la Recolección de datos

La recolección de datos se realizará en los meses de enero, febrero y marzo del año 2022, la misma será llevada a cabo por la autora del proyecto. Esta será la encargada de recolectar la información, participando de manera activa en el proyecto con una preparación previa de los instrumentos, apuntará a una correcta interacción entre los sujetos y el investigador. La misma se enfocará en la problemática planteada, los objetivos del estudio, las variables a medir, los instrumentos a implementar y los principios bioéticos a resguardar para la recolección de los datos. No se necesitará la ayuda de un colaborador, ya que la población en estudio por su tamaño no lo amerita. De modo que el horario pautado para implementar la lista de control será, los días lunes en el turno de 6-12, los días martes en el turno de 12-18, los días miércoles en el turno 18-24 y los días

viernes en el turno 24-06. Con respecto al check list, se distribuirá a cada uno de los integrantes del servicio, para ser aplicados en los turnos que conforman las 24hs del día de lunes a viernes. Horario en el cual se podrá encontrar los tutores del menor para su autorización.

Plan de Análisis

Se realizará el agrupamiento de los datos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones. Se tabularán y se codificarán los datos mediante la utilización de un software estadístico Excel. Se contará con la colaboración de un profesional estadista, quien ayudará con las pruebas estadísticas.

La codificación de los indicadores de la variable intervenciones de enfermería para el tratamiento del dolor, se establecerá un valor de 1 a cada acción realizada y 0 para las acciones no realizadas.

Luego se establecerán índices por dimensión que conforman la variable, donde posteriormente se establecerá el índice de la variable intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor.

Para la dimensión farmacológica, constituida por cinco indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 0 y un máximo de cinco. Por ello se establecerá la siguiente escala:

- 0 - 1 = nunca
- 2 - 3 = a veces
- 4 - 5 = siempre

Para la dimensión no farmacológica, constituida por seis indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 0 y un máximo de seis. Por ello se establecerá la siguiente escala:

- 0 - 2 = nunca
- 3 - 4 = a veces
- 5 - 6 = siempre

De este modo en la reconstrucción de la variable intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor, se podrá obtener un valor mínimo de 0 y un máximo de 11. Por tal se establecerá la siguiente escala:

- 0 - 4 = nunca
- 5 - 8 = a veces
- 9 - 11 = siempre

La variable aparición de complicaciones del dolor, cuenta con dos dimensiones con sus respectivos indicadores los cuales están codificados con un valor numérico.

Para la dimensión conductual constituida por 6 indicadores se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y máxima de 2 por cada indicador.

La dimensión fisiológica constituida por 4 indicadores se podrá obtener una puntuación mínima de 0 y máxima de 2 por cada indicador.

La puntuación 0 en el indicador expresa ausencia de dolor y la puntuación 2 es la máxima expresión de dolor.

De este modo la reconstrucción de la variable se conforma de 2 dimensiones y 10 indicadores, obteniéndose en total una puntuación de 0 a 20 puntos. Ante ello se discrimina la siguiente escala.

- Menor a 4: sin dolor
- 5 – 8: Dolor moderado
- Mayor a 9: Dolor intenso

Para el análisis estadístico de los datos adquiridos de las variables complejas, se utilizará la estadística descriptiva bivariada, ya que se relaciona la variable dependiente aparición de complicaciones del dolor con la variable independiente intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor. Se aplicará distribución de frecuencias y los resultados se presentarán a través un gráfico de barras simples.

La reconstrucción de la variable simple antigüedad laboral se implementará la estadística univariada, se realizará agrupando al personal de enfermería en cinco grupos de 1- 5 años (a), de 6 - 10 años (b), de 11 - 15 años (c), de 16 - 20 años(d), más de 21 años (e). La misma se representará a través de un gráfico circular, el cual se identificará por porcentajes.

Plan de Trabajo

De enero a junio del 2022

Fecha	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Recolección de datos						
Procesamiento y análisis de los datos						
Conclusión y redacción de informe final						
Difusión de los resultados						

Anexos

Anexo I

Guía de convalidación de sitio

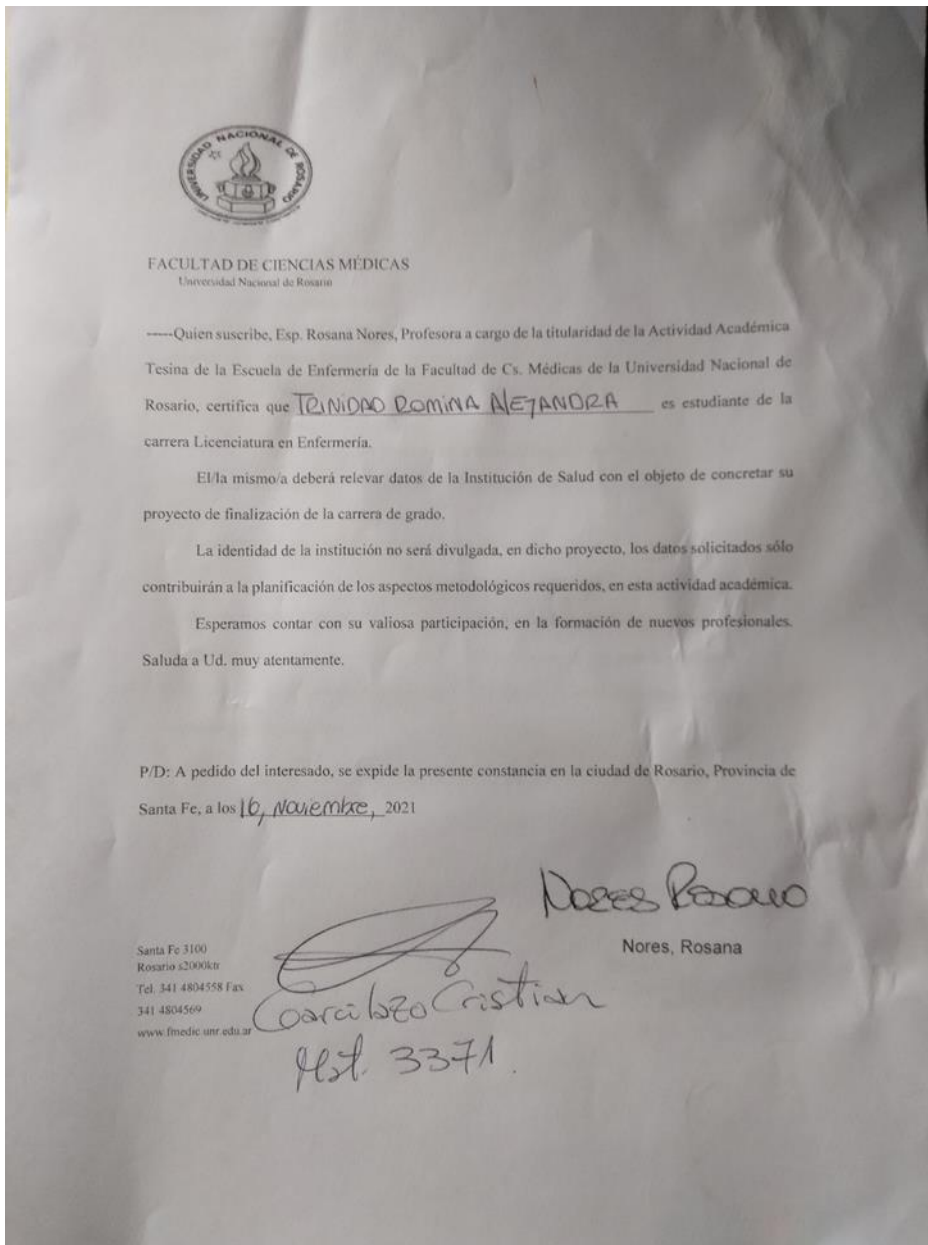
A fin de conocer si el lugar escogido presenta todas las características que se consideran necesarias para la recolección de datos de una investigación. A continuación, usted responderá una guía que busca aspectos importantes, que tienen como objetivo analizar la problemática intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor según antigüedad laboral y la aparición de complicaciones en recién nacidos pretérminos de una unidad de terapia intensiva neonatal de un efector público de la ciudad de Rosario.

La guía de convalidación de sitio se conforma con las siguientes preguntas:


- 1- ¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?
- 2- ¿La institución permite la recolección de datos para la investigación?
- 3- ¿El servicio provee de capacitación al personal?
- 4- ¿Cuántos enfermeros integran el equipo?
- 5- ¿Cuál es la antigüedad de cada uno de ellos?
- 6- ¿Cuál es el nivel de preparación del personal del personal de enfermería?
- 7- ¿Hay equipamiento básico disponible?
- 8- ¿Cuál es el rango aproximadamente de recién nacidos hasta 36 semanas de gestación ingresan trimestralmente?
- 9- ¿Qué estrategias de apoyo utilizan para evaluar el dolor?
- 10- ¿Utilizan enfoques farmacológicos y no farmacológicos para aliviar el dolor?
- 11- ¿Poseen protocolo estandarizado de escalas como guía, para evaluar el dolor?
- 12- ¿Qué estrategias de apoyo utilizan para prevenir el dolor?
- 13- ¿Los cuidados no farmacológicos son positivos en el tratamiento del dolor?
- 14- ¿Qué signos y síntomas observa para evaluar el dolor?
- 15- ¿Cuentan con residencia para madres?
- 16- ¿Realizan reuniones Interdisciplinarias?
- 17- ¿Realizan convenciones anuales?
- 18- ¿Se realiza evaluación de personal?

19-¿La institución brinda becas para cursos de capacitación y actualización de conocimientos?

Autorización del efector municipal para desarrollar la investigación.



Autorización del efector hospitalario privado para desarrollar la investigación



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

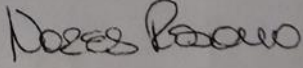
-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que TRINIDAD DOMINA ALEJANDRO es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.
Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 6 de noviembre 2021


Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Lic. FERREYRA NATALIA
Supervisora de Enfermería
Mat. 2011
Esp. 101 S.A.S

Anexo II

Consentimiento Informado para el personal de enfermería

Romina Alejandra Trinidad, estudiante de la Universidad Nacional de Rosario, en la licenciatura de enfermería y quien dirige este proyecto de investigación cuyo propósito es describir la relación que existe entre, las intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor, según antigüedad en la profesión y la aparición de complicaciones en recién nacidos pre términos hasta 36 semanas de gestación en un servicio de neonatología de un efector municipal de la ciudad de rosario, en el primer trimestre del año 2022. Lo invita a participar del estudio de forma voluntaria y anónima. Es usted libre de participar o abandonar el estudio cuando lo desee.

Por tal motivo, es necesario que lea atentamente este consentimiento informando, pudiendo realizar todas las preguntas que usted tenga y así asegurarse que entienda el procedimiento del estudio, sus riesgos y sus beneficios. Durante el mismo, existe la posibilidad, de que los participantes se sientan evaluados, criticados o vulnerados en su privacidad, sin embargo, cabe destacar que durante este estudio no se busca sancionar ni juzgar las intervenciones brindadas por enfermería, por lo que los datos recolectados se mantendrán en absoluta confidencialidad bajo todas las circunstancias.

Participar del estudio no le brindará ningún beneficio económico, pero su colaboración permitirá promover a futuro la elaboración de programas de capacitación, confección de protocolos y guías de procedimientos con respecto a las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, ampliando el nivel de información y mejorando el desempeño de los profesionales de enfermería.

El estudio será totalmente confidencial y anónimo, quien lea el protocolo de investigación desconocerá su identidad. Usted puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin embargo, los datos recabados hasta ese momento podrán utilizarse, a menos que exprese lo contrario. Usted deberá informar al investigador si desea

que sus respuestas sean eliminadas, procediéndose a la destrucción de las mismas.

De este modo manifiesto que es mi deseo participar del estudio de forma voluntaria, ya que este, no conlleva ningún riesgo. Desde ya digo que he sido debidamente informado y me comprometo a colaborar, estableciendo que, de no estar a gusto en la participación de la misma, podre retirarme cuando lo desee, sin ningún tipo de sanción o represalia.

En Rosario, el -----de----- del 2022.

Firma -----

Formulario de Consentimiento Informado para padres

El siguiente estudio será realizado por Romina Trinidad quien se encuentra realizando un Proyecto de Investigación como parte de la carrera, de la Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, con el objetivo de establecer la relación que existe entre las intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor, su antigüedad en el servicio y la aparición complicaciones del mismo en los recién nacidos de este establecimiento en el año 2022.

Consentimiento:

Mediante la presente manifiesto estar conforme para participar de la investigación planteada, durante nuestra hospitalización en la UCIN de la maternidad, en el año 2022. Luego de haberseme explicado la importancia de la misma y la repercusión que tendrá en la institución y la comunidad, además de asegurarse la confidencialidad de todos nuestros datos, los cuales serán utilizados solos con fines científicos, respetando el anonimato y afirmándome que éste estudio no representará ningún riesgo o daño físico para mi bebe. La autora me ha aclarado también, que no recibiré remuneración alguna por la participación de mí hijo/a ya que la misma es de forma voluntaria.

Para que así conste, firmo la presente el día..... del mes..... del año 2022.

Firma:

Instrumentos para la recolección de datos

Escala de valoración del dolor en neonatología de Susan Givens Bell. Esta escala permite valorar de forma rápida la intensidad del dolor. Las puntuaciones van de 0 a 2, donde 0 es ausencia de dolor, y 2 máxima expresión de dolor por indicador. Obteniéndose una puntuación total de 0 a 20 puntos máximos.

Donde:

- menor a 4 es, no dolor.
- de 5 a 8 es, dolor moderado.
- mayor a 9 es, dolor intenso.

Instrucciones:

- Colocar en la columna de puntuación vacía, el número que corresponda según los signos y síntomas que presente el neonato.
- Sumar el total de los valores al final de la tabla.

SIGNOS CONDUCTUALES	2	1	0	PUNTAJE
Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5 y 10 minutos	Duerme más de 10 minutos	
Expresión facial de dolor	Marcado constante	Menos marcado intermitente	Calmado relajado	

Actividad motora espontánea	Agitación incesante o ninguna actividad	Agitación moderada o actividad disminuida	Normal	
Tono global	Hipertonicidad fuerte o hipotonicidad, flácido	Hipertonicidad moderada o hipotonicidad moderada	Normal	
Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo en menos de 1 minuto	
Llanto	Llanto vigoroso	Quejido	No llora ni se queja	
SIGNOS FISIOLÓGICOS	2	1	0	PUNTAJE
Frecuencia cardíaca	> 20% aumento	10-20% aumento	Dentro de la normalidad	
Presión arterial (sistólica)	>10 mmHg de aumento	10 mmHg de aumento	Dentro de la normalidad	
Frecuencia respiratoria, cualidades	Apnea o taquipnea	Pausas de apnea	Dentro de la normalidad	
Sa O ₂	>10% aumento de FiO ₂	≤ al 10% aumento de FiO ₂	Ningún aumento de FiO ₂	
TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS				

LISTA DE CONTROL

Antigüedad laboral en el servicio:

De 1 a 5 años:

De 6 a 10 años:

De 11 a 15 años:

De 16 a 20 años:

Más de 21 años:

A continuación, marque la opción que considere pertinente al observar las intervenciones que brinda el enfermero participante.

FARMACOLÓGICA			
Listado de observaciones	Si	No	Observación
Emplea analgésico local			
Emplea antitérmicos			
Emplea anti - inflamatorios			
Emplea opioides			
Emplea coadyuvantes (bezodiacepinas)			

NO FARMACOLÓGICAS			
Listado de observación	Si	No	Observación
Adopta como técnica la lactancia materna durante una intervención			

Lleva a cabo medidas táctiles de contención como masajes, mecer o el contacto piel a piel			
Pone en práctica la succión no nutritiva con chupete o tetina			
Implementa el arropamiento como medida de contención durante o posterior a una medida de manipulación			
Realiza acciones de acompañamiento, como la música, cantar o hablar con vos suave.			
Implementa sacarosa como estímulo de succión para disminuir el llanto y las expresiones de dolor			
Adapta el ambiente para evitar el ruido, disminuyendo el sonido y la luminosidad respetando el ciclo de sueño y vigilia			

Anexo III

Resultado del estudio exploratorio

La prueba piloto de los instrumentos de la investigación fue aplicada, en un primer momento en un efector privado, el cual se encuentra ubicado en el microcentro de la Ciudad, cuenta con un servicio de UCIN, en el cual se hallan internados neonatos con diferentes patologías, en la visita realizada al servicio y guiada por la jefa del mismo, al momento de realizar la entrevista refiere que, si bien la institución cuenta con la población adecuada para la investigación, la misma se verá afectada ya que cuentan con un protocolo en cuanto al tratamiento del dolor neonatal. Y que también el personal se ve afectado por licencias prolongadas de un importante número de enfermeros. Por estos motivos, se está cubriendo el servicio con personal de otras áreas, con muy poca experiencia en el área.

Estudio exploratorio:

¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?

Si. No.

¿La institución permite la recolección de datos para la investigación?

Si. No.

¿El servicio provee de capacitación al personal?

Si. No.

¿Cuántos enfermeros integran el equipo?

Actualmente son 14 enfermeros

¿Cuál es la antigüedad de cada uno de ellos?

Todos más de un año de antigüedad

¿Cuál es el nivel de preparación del personal del personal de enfermería?

Tres licenciados, ocho enfermeros técnicos egresados de la UNR y un auxiliar.

¿Hay equipamiento básico disponible?

Si. No

¿Cuál es el rango aproximadamente de recién nacidos hasta 36 semanas de gestación ingresan trimestralmente?

Aproximadamente entre 15 a 20 neonatos

¿Qué estrategias de apoyo utilizan para evaluar el dolor?

El protocolo estandarizado de la institución.

¿Utilizan enfoques farmacológicos y no farmacológicos para aliviar el dolor?

Si. No

¿Poseen protocolo estandarizado de escalas como guía, para evaluar el dolor?

Si. No

¿Qué estrategias de apoyo utilizan para prevenir el dolor?

El confort, la relajación. Y la aplicación constante del protocolo evaluativo del dolor

¿Los cuidados no farmacológicos son positivos en el tratamiento del dolor?

Si. No

¿Qué signos y síntomas observa para evaluar el dolor?

La frecuencia cardiaca, las expresiones y el llanto.

¿Cuentan con residencia para madres?

Si. No.

¿Realizan reuniones Interdisciplinarias?

Si. No.

¿Realizan convenciones anuales?

Si. No

¿Se realiza evaluación de personal?

Si. No

¿La institución brinda becas para cursos de capacitación y actualización de conocimientos?

Si. No.

El segundo efector y seleccionado se encuentra en la zona centro de la ciudad de Rosario, pertenece a la municipalidad, esta cumple con los criterios de inclusión exigidos por el instrumento de convalidación de sitio. Además, el número de partos y de ingresos al servicio de neonatología es mucho mayor, por su estructura edilicia. Por otro lado, cuenta con un gran plantel de enfermeros, además en la en la misma no se aplica ningún tipo de rutina o instrumento. Por lo que la he considerado apropiada para realizar la prueba piloto.

Estudio exploratorio:

¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?

Si. No.

¿La institución permite la recolección de datos para la investigación?

Si. No.

¿El servicio provee de capacitación al personal?

Si. No.

¿Cuántos enfermeros integran el equipo?

Actualmente son 45 enfermeros

¿Cuál es la antigüedad de cada uno de ellos?

Todos más de un año de antigüedad

¿Cuál es el nivel de preparación del personal del personal de enfermería?

Los enfermeros del servicio cuentan con títulos de magíster, licenciado y técnico.

¿Hay equipamiento básico disponible?

Si. No

¿Cuál es el rango aproximadamente de recién nacidos hasta 36 semanas de gestación ingresan trimestralmente?

Aproximadamente entre 30 - 40 neonatos.

¿Qué estrategias de apoyo utilizan para evaluar el dolor?

La observación, la audición y la palpación.

¿Utilizan enfoques farmacológicos y no farmacológicos para aliviar el dolor?

Si. No

¿Poseen protocolo estandarizado de escalas como guía, para evaluar el dolor?

Si. No.

¿Qué estrategias de apoyo utilizan para prevenir el dolor?

El confort, la relajación, mejorar el sueño, agrupar las tareas en función de la necesidad de cada neonato. Respeto absoluto del horario del analgésico

¿Los cuidados no farmacológicos son positivos en el tratamiento del dolor?

Si. No

¿Qué signos y síntomas observa para evaluar el dolor?

Las expresiones faciales, las manifestaciones corporales, el llanto y los parámetros del monitor.

¿Cuentan con residencia para madres?

Si. No.

¿Realizan reuniones Interdisciplinarias?

Si. No.

¿Realizan convenciones anuales?

Si. No

¿Se realiza evaluación de personal?

Si. No

¿La institución brinda becas para cursos de capacitación y actualización de conocimientos?

Si. No.

Luego de obtener información formal y fidedigna a través de la convalidación de sitio de los dos efectores de neonatología se decidió tomar la institución pública para desarrollar el proyecto de investigación.

Anexo IV

Resultado de Prueba piloto de los instrumentos

Se realizó la prueba piloto durante seis días consecutivos, de ambos instrumentos en cuatro enfermeros y cinco neonatos que cumplían con los criterios de inclusión/exclusión establecidos en este estudio, en la sala de neonatología del efector privado de la ciudad de Rosario, mismo lugar donde se efectuó la convalidación de sitio, cabe aclarar que ninguno de ellos formará parte de la población definitiva seleccionada para del proyecto, a fin de no sensibilizar el estudio. Se explicó a cada participante que el objetivo de esta prueba es primordial para verificar la comprensión correcta de cada formulación de los ítems contenidos en cada uno de los instrumentos que medirán las variables en estudio.

El primer instrumento fue una observación, se aplicó a través de una lista de control, manipulada por la misma autora, abordando las intervenciones de enfermería, farmacológicas y no farmacológicas. La misma se realizó en la sala de terapia neonatal, de manera individual sin la intromisión de otras personas que pudiesen opinar o alterar la investigación.

El segundo instrumento para la unidad de análisis fue la escala de Susan Givens Bell, para evaluar el dolor en el neonato, a través de signos conductuales y fisiológicos, dicho instrumento fue maniobrado por el personal de enfermería y aplicado en recién nacidos pretérminos. No presento inconvenientes para su aplicación, fue de fácil entendimiento aun para el personal colaborador, no requirió de tiempo extra en la implementación, sino que se adaptó a los controles habituales del neonato.

Bibliografía

- Carrillo Algarra, A. J. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global* (32), 346-360. Obtenido de www.um.es/eglobal/
- Del Moral, T. B. (2010). Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. *Sociedad de pediatría Austria, Cantabria, Castilla, Leon*, 50, 39-42.
- Escobar Castellanos, B. S.-A. (2018). Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería. *Enfermería cuidado humanizado*, 7(1), 57-72.
- Gómez M. C (2018). Experiencia en dos hospitales sobre la observación de respuestas de dolor en niños prematuros internados. *Revista de la sociedad española del dolor*, 25(5), 271-277.
- Guerrero Ramírez Rosa, M. M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, *Revista enfermería Herediana*, 9(2), 133-142.
- Hernández Acosta, D. S. (2015). Efecto de la dextrosa y la lactancia materna en el alivio del dolor en recién nacidos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(6), 1045-1053.
- Jonusasb, S. F. (2019). Manejo del dolor en Neonatología. *Sociedad Argentina de Pediatría*, 117(5), 180-194.
- Liaw, J. Y. (2012). La succión no nutritiva y la flexión facilitada alivian el dolor del lactante prematuro durante los procedimientos de punción de talón. *Internacional de estudios de enfermería*, 49(3), 300-309.
- OMS, B. M. (2012). Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 84(2), 143-145.
- Padilla, M. (2020). evaluación del dolor como un indicador del estado de salud del neonato. *Archivos de Medicina*, 20(1), 156-163.

- Pérez Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(4), 232-233.
- Quiroga, A. (2018). Cuidado centrado en la familia en la unidad de neonatología: una filosofía de cuidado que no se puede postergar. *Enfermería Neonatal*, 4-10.
- Quiroga, A. y. (2012). Cuidado para el desarrollo. *Rev Enferm Neonatal*, 4(14), 4-14.
- Rubio Longo MC, T. M. (2020). Tratamiento farmacológico del dolor. *Revista Enfermería Neonatal*, 27-39.
- San Martín, D. V. (2017). Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en. *Global Enfermería*, 16(48), 1-12.
- Shah P, H. C. (2012). Lactancia materna o leche materna para el dolor de procedimientos en neonatos. *Cochrane Library*.
- Soria, P. (2013). Rol de Enfermería en la Atención del recién nacido prematuro en UCIN. Obtenido de <https://prezi.com/xf6m80bqljr/rol-de-enfermeria-en-la-atencion-del-recien-nacido-prematuro-en-ucin/>
- Suman Rao, U. R. (2008). Método madre canguro para bebés con bajo peso al nacer. *Pediatría india*, 45(1), 17-23.
- UNICEF Argentina y Larguía, A. M. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural*. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) <https://www.unicef.org>
- Urra, E. J. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 17 (3), 11-22.
- Vidal, M. E. (2005). Dolor en neonatos. *Sociedad Española del dolor*, 12(2), 98 a 111.

