

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**ACTITUD DE LA ENFERMERA FRENTE AL DOLOR DEL
NEONATO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES –
CHICLAYO – 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: Bach. Lourdes del Rosario Burga Collazos
Bach. Rayza Noelia Paredes Agurto**

Chiclayo, febrero de 2015

ACTITUD DE LA ENFERMERA FRENTE AL DOLOR DEL
NEONATO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES –
CHICLAYO – 2014

POR:

Bach. Lourdes del Rosario Burga Collazos

Bach. Rayza Noelia Paredes Agurto

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Yolanda Beatriz Villarreal Ortiz

Presidente de Jurado

Lic. Adela Rosanna Núñez Odar

Secretaria de Jurado

Mgtr. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, febrero de 2015

DEDICATORIA

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

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

A mi hijita, Luciana, por ser ella mi motor y motivo para salir adelante y con ella seguir cumpliendo todas mis metas trazadas.

A Dios, por estar siempre presente en mi vida, por permitirme llegar hasta donde estoy, por sus bendiciones.

A mis padres, por su constante apoyo, por sus consejos y enseñanzas, por inculcar en mí la constancia para perseguir mis sueños y apoyarme al enfrentar cada obstáculo de la vida.

A mi hermana y mejores amigas, por brindarme el apoyo necesario y así poder alcanzar mis metas.

Lourdes y Rayza

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirnos culminar nuestros estudios de pregrado, y así cumplir con nuestras metas trazadas.

A nuestros padres, por su sacrificio constante y su apoyo incondicional que permitieron ayudarnos a terminar nuestros estudios; haciendo de nosotras grandes profesionales.

A nuestra asesora Mgtr. Soledad Guerrero Quiroz, por su paciencia, tiempo y dedicación y sobre todo por sus aportes en esta investigación.

A la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, por su buena formación personal y profesional.

Lourdes y Rayza

RESUMEN

La presente investigación cualitativa con enfoque estudio de caso denominada “Actitud de la enfermera frente al dolor del neonato en el servicio de neonatología del Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo – 2014” estuvo respaldada por la teórica Jean Watson con su teoría del “Cuidado Humano”, su objetivo fue analizar y describir la actitud de la enfermera frente al dolor del neonato. Se justificó porque en nuestra localidad no existen investigaciones relacionadas y además servirá para que las enfermeras tomen una actitud certera y concisa para lograr disminuir el dolor que está aquejando al neonato.

La metodología de esta investigación fue estudio de caso y los sujetos de investigación fueron ocho enfermeras que laboran permanentemente en el servicio de neonatología de dicho hospital. La muestra se obtuvo mediante la técnica de saturación y como criterio de inclusión se consideró tres años de experiencia como mínimo. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semi estructurada a profundidad. Bajo la confiabilidad de los criterios de rigor científico y principios bioéticos según Sgreccia, se consideró tres categorías: la primera: reconociendo la respuesta más importante del neonato ante el dolor: llanto; la segunda: aliviando el dolor con estrategias farmacológicas y no farmacológicas la cual cuenta con dos sub categorías administrando los analgésicos al neonato para el alivio del dolor y brindando comodidad y confort para el bienestar del neonato y, la tercera: buscando mejorar las competencias de la enfermera través de la capacitación permanentemente. La conclusión a la que se llegó es que en dicho servicio una de las limitantes para las enfermeras es el factor tiempo, recurso humano deficiente, aunado a la alta demanda de neonatos que posee.

Palabras clave: ACTITUD, ENFERMERA, DOLOR, NEONATO.

ABSTRACT

This qualitative research with approach case study called "attitude of nurse against the pain of the newborn in the Neonatology of the teaching Hospital Las Mercedes - Chiclayo - 2014 service" was supported by the theoretical Jean Watson with his theory of "Human care", its aim was to analyze and describe the attitude of facing the pain of the newborn nurse. It is justified because there are no related research in our town and in addition will help nurses to take an accurate and concise approach to lessen the pain that is afflicting the infant, its methodology was case study and the research subjects were 8 nurses permanently working in neonatology of the hospital service. The sample was obtained using the technique of saturation and three years minimum experience was considered as a criterion for inclusion. The interview semi structured depth was used for data collection. Under the reliability of the criteria of scientific rigor and according to Sgreccia bioethical principles, three categories were considered: the first: Recognizing the most important response of the newborn to the pain: weeping, the second: relieving pain with pharmacological and non-pharmacological strategies which has 2 sub categories administered painkillers to the newborn for the relief of pain and providing comfort for the welfare of the infant and the third: looking to improve the skills of nurse training through permanently and finally as conclusion was that in that service one of the limiting factors for nurses are the time factor, poor human resources, coupled with the high demand of neonates which has.

KEYWORDS: ATTITUDE, NURSE, PAIN, BABY.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	8
I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL:	11
1.1 Antecedentes del problema	11
1.2 Base teórico-conceptual	13
II MARCO METODOLÓGICO:	21
2.1 Tipo de investigación	21
2.2 Abordaje Metodológico	22
2.3 Sujetos de Investigación	26
2.4 Escenario	27
2.5 Instrumentos de recolección de datos	28
2.6 Procedimiento	29
2.7 Análisis de datos	30
2.8 Criterios Éticos	31
2.9 Criterios de Rigor Científico	31
III ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	33
Consideraciones Finales	54
Recomendaciones	55
Referencias bibliográficas:	57
Anexos	62

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales desempeñan un papel fundamental en el cuidado y tratamiento de los neonatos y sobre todo en los prematuros con los cuales tienen un contacto directo y continuo, estableciéndose así relaciones de mayor cercanía y por ende una relación terapéutica más eficaz. Es importante mencionar que ellos están expuestos a numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos los cuales en su mayoría son dolorosos¹.

Tenemos que en los Estados Unidos de Norteamérica existen estudios realizados donde se notifica que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales aproximadamente 300,000 neonatos al año, los cuales son expuestos a diversos procedimientos de tipo terapéutico y de tratamiento; un 74% del total de recién nacidos son menores de 31 semanas de gestación, a estos se les realiza de 10 a 14 procedimientos diarios y sólo un tercio de ellos reciben analgésicos en dosis y momento adecuado². Sin embargo, otros estudios realizados en el Canadian Neonatal Intensive Care Unit en 1997 por Annad y Cols y en el Research and Clinical Forum en el año 1998 por Granau mostraron en 144 neonatos un promedio de 7000 procedimientos clínicos y otros 6000 eran de punciones de talón para muestras de sangre, manifestándose así una incidencia de 3 procedimientos invasivos por hora y 9 por semana que generaban dolor y molestia en el neonato.

Lo más importante de esta investigación fue que son pocos los neonatos a quienes se les previene o mitiga del dolor que producen dichos procedimientos³. Esto estudios demuestran que a solo el 28% de los neonatos se les ayudó farmacológicamente que de alguna u otra manera calmaron el dolor, pero se les aplicaba con el fin específico de sedar y disminuir la lucha del neonato con el

ventilador y facilitar el trabajo del médico⁴. Además, encontramos unas encuestas realizadas en Chile sobre el dolor neonatal a 374 profesionales de salud entre enfermeras y médicos que certificaron que los neonatos sienten el mismo dolor que los adultos. Sin embargo, solo el 59% de médicos y el 64% de enfermeras lo afirmaron, un 27% del total de otros profesionales manifestaron que hay más dolor en los adultos, y con menos dolor lo afirmaron un 10% del total⁵.

Asimismo, tenemos que en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima en el año 2009 se realizó una investigación acerca del dolor agudo neonatal con estímulos dolorosos repetitivos, estudio randomizado comparando tres métodos analgésicos no farmacológicos; se realizó con tres grupos formados de manera aleatoria y con 40 recién nacidos sanos a término por grupo; para esto fueron sometidos a tres estímulos dolorosos durante los 3 primeros días de vida (vacuna contra hepatitis B, BCG y muestra para grupo sanguíneo). El primer grupo (A) recibió lactancia materna y contacto piel a piel como método analgésico no farmacológico durante el estímulo doloroso, el grupo (B) recibió dextrosa al 10% y el grupo (C) una tetina sin nada, teniendo como resultados para ambas escalas que el grupo B expresó menor dolor en los tres estímulos, con 97,5% de NO DOLOR vs 87,5% (A) y 85% (C) ($p < 0.036$) en la escala ABC, y 95% vs 85%(A) y 70%(C) para la categoría NO DOLOR con la Escala DAN ($p < 0.022$)⁶. Las investigadoras durante sus prácticas hospitalarias realizadas en el servicio de neonatología tuvieron contacto con un neonato prematuro cuya afección era de tipo orgánico y funcional observando que el bebé era tratado con una serie de medicamentos y procedimientos que estimulaban la percepción del dolor, además que los profesionales de la salud hicieron caso omiso de sus observaciones y decidieron seguir con el tratamiento hasta el final.

Por lo mencionado se hace hincapié en que al menos el 50 % de los niños internados en las unidades neonatales sufren dolor que no siempre es causado

por la patología de ingreso del neonato; sino que en su mayoría de casos el dolor es provocado por las técnicas diagnósticas que realiza el personal de salud como: extracción de sangre, punciones de talón, aspiración de secreciones orofaríngeas, nasofaríngeas y endotraqueales, colocación de catéteres venosos, sondas nasogástricas, instalación de tubo endotraqueal, punción lumbar, introducción de tubos de tórax, eliminación de cintas adhesivas y aplicación de vacunas.

Cabe resaltar que esta investigación es importante en la unidad de cuidados intensivos neonatales debido a que se pudo observar que no se le presta la atención debida al dolor que pudiera experimentar un recién nacido.

Durante nuestras prácticas hospitalarias en el servicio de neonatología pudimos prestar atención a la postura que adopta la enfermera cuando el bebé está llorando. Esta consiste en reconocer la causa de su llanto y a la vez verificar si las vías que posee están infiltradas; o por el contrario llamar a la madre para que le dé de lactar.

Después de todo lo planteado anteriormente pudimos concluir en un problema de investigación el cual se formuló de esta manera: “¿Cuál fue la actitud de la enfermera frente al dolor del neonato en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo - 2014?” El objetivo fue analizar y describir la actitud de la enfermera frente al dolor del neonato en el Servicio de Neonatología. Este estuvo justificado debido a que en nuestra localidad no existieron investigaciones que hablen acerca de la postura que adopta la enfermera frente al dolor del neonato, sobre todo abordando este problema cualitativamente. Además, consideramos que serviría también para que las enfermeras tomen una actitud certera y concisa y de este modo logren disminuir o en cierta forma calmar el dolor que estaría aquejando al recién nacido; por otro lado se utilizaría como consulta y sería el inicio de otras investigaciones que posteriormente se realizarían.

1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL:

1.1 ANTECEDENTES

Aguilar C, Manuel J. Muro V, Nelson. Padilla L, Carlos A, et al realizaron una investigación en el año 2012 en Cuba titulada: “Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua”, la investigación tuvo como objetivo determinar la actitud del personal de enfermería, ante el dolor en la infancia. En esta se utilizó una metodología cuantitativa de tipo observacional y descriptivo. El universo estuvo constituido por 121 enfermeros(as) que laboran en los servicios pediátricos del nivel secundario de salud en la provincia de Cienfuegos. Se les presentó un cuestionario para identificar la actitud que tienen hacia el niño con dolor y se relacionó dicha actitud con las variables de experiencia laboral y formación continuada. El análisis se efectuó valorando las diferencias entre las frecuencias de las respuestas de los distintos grupos de participantes, para lo que se utilizó la prueba de Chi cuadrado. La comparación de medias se efectuó con la prueba t de Anova para grupos independientes. Se consideró significación estadística una $p < 0,05$; teniendo como principal resultado más destacado que un 71.1% de los participantes tiene una actitud desfavorable hacia el dolor, lo que se relaciona significativamente con la capacitación. De esta investigación se concluyó que en la medida en que se incrementan las acciones capacitantes, la actitud ante el dolor se hace más favorable.

Collao, Carmen realizó una investigación en el año 2008 en Chile, titulada: “Actitud del personal de enfermería hacia el niño con dolor”. Esta investigación tuvo como objetivo identificar la actitud del personal de enfermería del servicio de pediatría del Hospital Regional de Antofagasta, Chile, hacia el niño con dolor y caracterizar algunos factores que se relacionan con esta actitud. Se utilizó una metodología cuantitativa de tipo descriptivo, correlacional, transversal para ello el universo estuvo constituido por las enfermeras y los técnicos paramédicos que

laboran en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de esa ciudad, compuesto por 48 personas, se trabajó con 43 de ellos, que respondieron afirmativamente la carta de consentimiento.

Esta investigación concluyó que el 72,09 % del personal estudiado posee actitudes desfavorables hacia el niño con dolor. El personal técnico paramédico es el que mayoritariamente tiene una actitud negativa hacia el niño con dolor con un 82,76 %, mientras que el 50 % de las enfermeras exhibe una actitud positiva. Sólo un tercio de los adultos jóvenes y de los adultos maduros tienen una actitud favorable hacia el niño con dolor, mientras que el total de los adultos mayores expresa tener una actitud desfavorable ante este hecho. Sin embargo, el análisis estadístico no mostró diferencias.

De acuerdo a la condición de tener hijos, se observa que las personas que no han sido madres (80,65 %) presentan en mayor porcentaje una actitud desfavorable hacia el niño con dolor, que aquellas que han tenido hijos. El 50 % de las personas con esta última condición presenta una actitud positiva. El 75 % de las personas que declaran un alto grado de satisfacción laboral, y el 57,14 % de quienes declaran un bajo grado presenta actitud desfavorable hacia el niño con dolor. Las personas que no han recibido capacitación secundaria (durante su vida laboral) en temáticas del dolor, son las que mayoritariamente muestran actitudes desfavorables frente al niño con dolor. Las actitudes favorables se evidencian en quienes han asistido a cursos o han recibido capacitación en servicio (60 % y 55,56 %, respectivamente).

Ramírez A, Raquel L. realizó una investigación en el año 2009 en la Universidad Mayor De San Marcos - Lima titulada: "Actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño". La investigación tuvo como objetivo general determinar la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras con el propósito de mejorar la actitud

de la enfermera. Esta investigación logró facilitar información actualizada sobre la actitud que asume la enfermera frente al dolor del niño con quemaduras. Se utilizó una metodología cuantitativa de tipo descriptivo simple, de corte transversal, aplicado a la población total de enfermeras del Servicio de Quemados de dicha Institución, de quienes se recogieron los datos a través de la técnica entrevista estructurada y utilizando como instrumento una Escala tipo Lickert modificada; teniendo como resultados que la actitud de la enfermera frente al dolor que experimentan los niños con quemaduras es desfavorable en su mayoría, prevaleciendo en aquellas enfermeras que se encuentran entre los 41 a 50 años de edad (que tienen entre 6 a 10 años de experiencia) y en aquellas que no recibieron capacitación desde hacía 3 años.

1.2.- Bases teórico-conceptual

Este estudio de investigación se basó en la teoría de Jean Watson denominada “El Cuidado Humano” que toma al ser humano como un individuo holístico que abarca todas sus dimensiones (física, psicológica, entre otras) y que al mantenerlas en armonía logra su completo bienestar y recuperación de su salud.

Ha estudiado al cuidado del enfermero con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual. Por eso lo ve como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano se establece por la relación terapéutica primordial entre los seres humanos, que por ende es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

Este estudio le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas y básicas de la ciencia de enfermería.

El cuidado transpersonal es caracterizado por una clase especial de atención humana que depende del compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana como el más profundo y/o más alto yo.⁷

Esta investigación lo tomó como sustento teórico porque permitía hacer una descripción que va más allá de una evaluación objetiva, mostrando así la preocupación e interés hacia el significado subjetivo y más profundo que posee la postura que adopta la enfermera frente al dolor del neonato.

Vargas (2009) refirió que: “La actitud es una predisposición organizada para sentir, recibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto) que en cierta forma es una estructura estable de creencias que persuaden al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo”⁸. Así mismo, Feldman (2002) nos habló del término actitud como “una reacción afectiva ya sea positiva o negativa hacia un objeto o persona que posee características que se ven influenciadas en gran medida en la calidad del cuidado que se le brinda a la persona”⁹. Por eso esta investigación hace referencia a la actitud de la enfermera mediante la predisposición que se tiene para enfrentar o asumir una situación que esté basada en conocimientos científicos para resolver un inconveniente.

Eduardo Calabria habló de la actitud como “el estado de disposición nerviosa y mental, que es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones”¹⁰. Es por ello que la formación de esta se va construyendo de distinta manera considerando el proceso de satisfacción de las necesidades; que está condicionado también por la información que recibe la persona y por último por el factor más poderoso que es la práctica directa del individuo que tiene con el objeto.

Sin embargo, existen características de las actitudes que las diferencian, como el ser aprendidas debido a que están formadas a través de la experiencia, por lo que representan cambios potenciales en nuestro comportamiento. También son dinámicas, porque cumplen un papel motivacional importante, vinculado al sujeto con los objetos de la realidad, siendo susceptibles de

modificación o sustitución y de orientación porque se direccionan hacia los objetivos; y estas pueden ser favorable a través de la aceptación o desfavorable mediante el rechazo o neutras por la indiferencia.

Por lo expuesto se dijo que la actitud es la postura que adopta la enfermera frente a determinadas situaciones presentadas, como sucede cuando está frente al dolor que manifiesta un neonato.

La persona que brinda estos cuidados pandimensionales a todos los grupos etarios y en este caso al Neonato es la enfermera; porque ella está en contacto más directo con la persona cuidada por sus diversas tareas a realizar y a la vez por poseer un carácter multidisciplinario. Y cuando de servicios de salud se trata, la enfermera suele intervenir proporcionando asistencia directa a las personas a su cuidado, como es el caso de la enfermera neonatóloga que participa en la recepción del recién nacido, que debe garantizar cuidados integrales tanto para el niño sano como para aquel que presenta alteraciones en su salud; asimismo tener el conocimiento de la aplicabilidad de los cuidados que está dada por la experiencia y el desarrollo de la adquisición de conocimientos científicos. Mejor dicho la profesión de enfermería se concreta en acciones de cuidado que se reflejan en las diversas posibilidades de su abordaje en una situación determinada.

L. M. Pastor refirió que el enfermero es un profesional que colabora estrechamente con el médico y que tiene sus propias competencias, de las que debe responder y a través de las cuales se realiza como profesional¹¹. Por otro lado, Harper, citado por Arratia, estableció que el conocimiento de enfermería está conformado por patrones de tipo empírico, estético, de conocimiento personal, la intersubjetividad y la comunicación efectiva y por ende al ético que hace referencia a la relación que existe entre enfermera(o) – paciente que se construye con el respeto hacia el otro. Que, después de todo, el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto - sujeto que está dirigido a

cuidar, apoyar y acompañar a individuos para el logro, fomento y recuperación de su salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales en donde radica su naturaleza humana, social y la relación interpersonal que se establece entre ellos por la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva. Por esta razón el término "cuidado" implica para la enfermera el objetivo esencial de la profesión, la cual necesita para su ejercicio de conocimientos, técnicas y habilidades, así como hacer uso de ellos, a partir de unas actitudes o virtudes morales que permitan enfocar el cuidado en la mejor dirección.

De este modo, la actitud de la enfermera es muy importante para la relación enfermera - paciente porque es el "eslabón humano" que enlaza una cadena interminable¹². Por lo tanto esta actitud está encaminada a una constante preocupación por satisfacer el bienestar de la persona. Mejor dicho, es su compromiso humano el aspecto sobresaliente que imprime el respeto a su vida profesional. No son sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica; es más bien, ese comportamiento sutil de comprensión al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que la hace indispensable.

Por lo dicho anteriormente, la actitud de la enfermera es aquella respuesta afectiva de comportamiento que está basada según la edad, años de experiencia y capacitaciones, hacia el dolor que experimentan los neonatos en el servicio de neonatología. Esta actitud debe ser positiva para así poder alcanzar el completo bienestar y la satisfacción de las necesidades del bebé recién nacido. Es llamado recién nacido el que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, ya sea por parto natural o por cesárea. Los neonatos que padecen de alguna patología completan su desarrollo funcional y orgánico en un ambiente de cuidados inmediatos. Tenemos la sala de neonatología que acoge a diferentes tipos de bebés ¹³.

Sin embargo, es triste saber que el neonato hospitalizado siente el dolor. En este caso, debemos definir lo que se entiende por este concepto.

El Diccionario de la Lengua Española dice que este es “una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior”. Asimismo la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo definió como: “Una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial” ¹⁴.

Es por ello que el presente trabajo estuvo enfocado a identificar en el neonato la señal de alarma que tiene por el dolor, cuya manifestación es el llanto y así poder tomar la mejor decisión para calmarlo.

Se puede clasificar al dolor según su tiempo de evolución: es dolor crónico el que dura más de tres meses (ejemplo: el dolor oncológico), dolor agudo el que dura poco tiempo, generalmente menos de dos semanas, (ejemplo: un dolor de muela o de un golpe).

Otra clasificación posible es por su etiología: dolor nociceptivo, el cual es producido por una estimulación de los nociceptores, es decir los receptores del dolor, provocando que el "mensaje doloroso" sea transmitido a través de las vías ascendentes hacia los centros supra espinales y sea percibido como una sensación dolorosa (ejemplo: un pinchazo).

Asimismo, tenemos por su localización al dolor somático que está producido por la activación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas. Es un dolor agudo, bien localizado, por ejemplo un dolor de hueso o de una artritis o dolores musculares, en general dolores provenientes de zonas inervadas por nervios somáticos. Los pacientes suelen responder bien al tratamiento con analgésicos según la escalera de la OMS¹⁵.

Finalmente se concluyó que el neonato que presenta dicho dolor está sometido a diversas inervaciones dolorosas que lo hacen responder con un llanto fuerte para ser aliviado.

Así mismo fue importante conocer cómo están adquiriendo la percepción de dicho dolor manifestado ya que existen evidencias de que los neonatos son capaces de sentir el dolor antes de la semana 28 de gestación, edad en la que el feto ha desarrollado los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales necesarios para la percepción del dolor, pero con el inconveniente de que la vía inhibitoria descendente nociceptiva no está funcionalmente madura hasta varias semanas o meses después del nacimiento. En cuanto a los niños nacidos a término o pre término, se ha demostrado una respuesta fisiológica y/o hormonal al dolor similar, y a menudo exagerada si la comparamos con la de niños de mayor edad y de personas adultas con menor umbral del dolor a menor edad gestacional. En los neonatos se encuentra desarrollado el sistema endocrino que es capaz de liberar cortisol y catecolaminas en respuesta al estrés doloroso¹⁶.

Es por eso que en esta investigación el objeto de estudio fue las actitudes que van a adoptar las enfermeras para poder dar solución al dolor que padece dicho neonato y así mejorarlas por el bienestar y recuperación del recién nacido.

Abarcando otro punto, en la fisiología del dolor se hacía referencia a que hace muchos años existieron "razones científicas" para afirmar que los recién nacidos no podían sentir dolor o por lo menos no recordarlo, debido entre otras causas a que la mielinización es incompleta y sus receptores son inmaduros. Sin embargo, se ha demostrado que el recién nacido tiene un sistema nociceptivo funcional aun cuando es prematuro. Así pues sus requisitos anatómicos, fisiológicos y bioquímicos para la percepción del dolor están presentes en el neonato. Además, intervienen influencias de otros factores como psicológicos,

socioculturales y cognitivos, que se van modulando según sea la respuesta al dolor determinado propiamente para cada individuo.

Esta fisiología del dolor se va adquiriendo según las semanas de gestación del neonato en el vientre de la madre. Tenemos que a las 6 semanas de vida intrauterina comienza la conexión entre las neuronas sensitivas y el asta dorsal de la médula espinal. Entre las 12 y 16 semanas se detecta sustancia P y opioides endógenos en la médula espinal. A las 20 semanas de gestación están presentes los nociceptores periféricos y son funcionantes. A las 30 semanas las vías de del dolor hacia el tallo encefálico y el tálamo están mielinizadas. La mielinización incompleta influye en la velocidad de conducción. La menor velocidad de conducción es compensada por la menor distancia que deben recorrer los impulsos. El feto es capaz de reaccionar frente al estímulo doloroso.

Por lo tanto, se ha confirmado que hubo un aumento del cortisol y de beta endorfinas en el feto durante la punción intrauterina para realizar diferentes métodos diagnósticos y terapéuticos. Puesto que su sistema nociceptivo es funcionante, existen sectores aún inmaduros como las vías descendentes inhibitorias del dolor y el sistema opioide endógeno. El insuficiente control a nivel de la médula espinal produce aumento del campo receptivo y respuestas más intensas y prolongadas frente al estímulo doloroso. Aquí se da un aumento del campo receptivo sumado a la inmadurez en la función motora que explica en parte la respuesta desorganizada del neonato frente al estímulo doloroso con respecto a niños mayores y el adulto.

La transmisión del impulso doloroso en el neonato es a través de las fibras C no mielinizadas, más que por las fibras A-delta mielinizadas, por lo que hay menor precisión en la transmisión del estímulo hacia la médula espinal. A diferencia del adulto en el cual las fibras aferentes A-beta terminan en las láminas III y IV del asta dorsal de la médula espinal, en el neonato terminan más

superficialmente, en las láminas I y II al igual que las fibras C. De esta forma el estímulo no doloroso para el adulto puede evocar dolor en el recién nacido ¹⁷.

En esta investigación conocer la fisiología del dolor en los neonatos fue muy importante para saber cómo este ser humano tan pequeño va adquiriendo progresivamente la recepción del dolor a través de su desarrollo y así poder en cierta forma calmar o aliviar dicho malestar.

Por otro lado, según Haouari y sus colegas en el año 1995 las fuentes del dolor neonatal que los recién nacidos sanos a término experimentan son al menos una punción en el talón para su tamizaje respectivo y aproximadamente el 15% se sometieron a un adicional de 4.2 procedimientos de punción en el talón durante la primera semana de vida. De igual manera tenemos que los neonatos en las unidades de neonatología experimentan múltiples procedimientos dolorosos como lo son de cirugías mayores ya sea de tipo cardíacas o intestinales, canalización arterial o inserción de tubo intercostal y punciones de talón y venosa que son acompañadas por intenso dolor¹⁸. Por lo mencionado anteriormente en este estudio las fuentes del dolor neonatal son muy diversas y a su vez muy dolorosas porque son procedimientos que se realizan constantemente en la mayoría de los neonatos para descartar alguna patología en su organismo.

Finalmente, tenemos que a finales de la década de los 80 los trabajos de algunos pioneros indujeron cambios en esta actitud. Hoy es posible demostrar que el recién nacido, incluso el prematuro, no sólo es capaz de percibir el dolor, sino que producto de su inmadurez puede percibir este dolor de manera más intensa y difusa. Estuvo bien demostrado la presencia de receptores cutáneos a las 7 semanas de vida intrauterina, los haces espinales están bien definidos en el segundo trimestre y los receptores de sustancia P, de gran interés en el frecuente dolor relacionado con la inflamación, en la semana 12. Por esta forma parece lícito entonces deducir que el sistema anatómico es suficiente para transmitir el

dolor ¹⁹. Por lo tanto, el dolor tiene muchas causas, entre ellas el tiempo de duración al dolor agudo que normalmente se puede vincular a la influencia perjudicial o al daño que ha causado, como el que se siente tras quemarse la piel o después de una intervención quirúrgica. En el caso del dolor crónico, la conexión es mucho más difícil de establecer, puesto que es posible que la causa original ya no exista y que los nervios se hayan hecho hipersensibles y reaccionen al mínimo estímulo, lo que por otra parte no causaría ningún dolor en sujetos sanos.

Es por ello que en algunas ocasiones se necesita de un examen intensivo multidisciplinar para averiguar la causa subyacente ²⁰. En el caso de los neonatos la situación es más crítica, el dolor es sub tratado, pues existen criterios erróneos en cuanto a las características de las estructuras anatómicas para recibir, transmitir e interpretar el dolor, las cuales se consideran funcionales. En otras palabras, para esta investigación las causas que conllevan al dolor en los neonatos fueron muy diversas entre ellas encontramos el dolor agudo y el dolor crónico según el tiempo de duración, provocándole así un estrés, alteración de sus sistemas incluyendo también en su metabolismo. Si se actúa a tiempo debido a que la experiencia de muchos profesionales les ayuda a identificar esta situación dolorosa, se puede evitar estos riesgos; sin embargo, si se trata de una profesional joven, inexperta, el neonato corre el riesgo de estar expuesto a sufrir graves consecuencias para su salud.

2.- MARCO METODOLÓGICO:

2.1.- Tipo de investigación

La investigación planteada es de tipo cualitativa. Consistió en la recolección y análisis sistemático de materiales narrativos, que encierran un alto contenido subjetivo, a fin de comprender el fenómeno de estudio, relaciones, asuntos, medios materiales o instrumentos en una determinada situación problema ²¹.

Por este motivo el análisis cualitativo fue en particular desafiante para el investigador porque no hay reglas sistémicas para presentar y analizar datos.

2.2.- Abordaje Metodológico

En la presente investigación cualitativa, se utilizó el estudio de caso, definido como una indagación empírica. Por lo tanto este se desarrolla mediante un proceso cíclico y progresivo 22. Para esto, Nisbet y Watt nos dieron a conocer que el estudio de caso es siempre bien delimitado, debiendo tener sus contornos claramente definidos en el desarrollo del estudio. En este sentido, el estudio de caso permitió analizar y describir cuál es la actitud de la enfermera frente al dolor del neonato. Este estudio se caracteriza por tener tres fases: 20

La primera fase fue la Exploratoria, es aquí donde el estudio de caso comenzó con un plan muy elemental que se va diseñando más claramente en la medida en que se desarrollara el estudio, pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada. 20

Durante esta fase la investigación tuvo inicio con la elección de la temática, la cual fue modificándose al revisar la literatura y esclarecer conceptos que se obtuvieron de las enfermeras del servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, además de los aportes de la asesora, permitiendo de esta manera definir el objeto y el sujeto de estudio. Por otro lado en esta fase se tuvo en cuenta los primeros contactos para entrar en el campo, localizar los informantes y las fuentes de datos necesarios para el estudio.

Como segunda fase, la Delimitación del estudio consistió en identificar los elementos claves y los límites aproximados al problema, el investigador puede proceder sistemáticamente las informaciones utilizando instrumentos o técnicas. 20

En la presente investigación luego de delimitar la información necesaria acerca del problema a investigar se procedió a la recolección de la información mediante el instrumento escogido. En este caso, la entrevista semiestructurada a los profesionales de enfermería para así lograr los propósitos del estudio de caso y llegar a una comprensión más completa de la situación estudiada.

Como última fase del estudio de caso encontramos al Análisis sistemático y la elaboración del informe, el cuál explicó la unión de la información, analizó la relevancia de esta y mostró apertura a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la importancia de lo que se relata. Asimismo, esto encerró un gran potencial para así analizar y describir la actitud que la enfermera adopta para calmar el dolor en el neonato. Y es por ello que en esta fase se sistematizó la información recolectada y se procedió al análisis de contenido que finalmente se cristalizó en el informe respectivo en forma narrativa teniendo en cuenta el producto de los discursos de las entrevistas realizadas. 20

Es por ello, que las principales fuentes de información en esta investigación fueron las ocho enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes que nos manifestaron cuáles son las actitudes que tienen frente al dolor del neonato y también se analizaron aspectos subjetivos o inherentes a los protagonistas, quienes participan en conjunto en el cuidado del neonato.

Por ser un estudio de caso se tuvo en cuenta las características planteadas por Menga Ludke y Andre. Entre estas destacan:

El estudio de caso que se caracterizó por “Dirigirse al descubrimiento”, a partir del cual las investigadoras partieron de algunos supuestos teóricos iniciales, manteniéndose atentas a nuevos elementos que surgirán como importantes durante el estudio y que permitan que este tenga relación con los sujetos de estudio. Además, fue importante registrar cada dato manifestado por ellas y analizarlo dentro del contexto en el que se desarrollaron las enfermeras, los datos obtenidos fueron respaldados con el marco teórico conceptual.

Los estudios de caso enfatizan “la interpretación en el contexto”. Un principio básico de este tipo de estudio es que para una comprensión más completa del objeto, es preciso tener en cuenta el contexto en el que se situó, cuál fue el escenario de la investigación, lo que permitió comprender la manifestación general del objeto de investigación y cómo es que este se desenvuelve, en este caso las actitudes que tienen la enfermera frente al dolor del neonato.

Los estudios de caso “buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda”. Durante la investigación se dio a conocer las dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo y evidenciando las interrelaciones entre sus componentes. Para dar cumplimiento a este principio las autoras enfatizaron en realizar un análisis profundo de la investigación partiendo del conocimiento adquirido de estudios similares, lo que permitió apreciar la riqueza de los discursos obtenidos de las enfermeras en relación a la temática.

Los estudios de caso “usan una variedad de fuentes de información”. Para realizar este estudio se utilizó como fuente primaria la entrevista semi - estructurada a profundidad que permitió recolectar datos directos de cada enfermera sobre cómo es su actuar frente al dolor en el neonato.

Los estudios de caso “revelan experiencias secundarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales”. En este estudio se trató de tomar en cuenta las opiniones, acerca del actuar de la enfermera frente al dolor del neonato.

Los estudios de caso “procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social”. Cuando el objeto o situación estudiada puedan suscitar opiniones diferentes; la investigadora va a procurar traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista. Cuando se realizó este estudio, las enfermeras tuvieron

diferentes conceptos acerca de cuáles son sus actitudes frente al dolor del neonato, por lo que la investigadora trató de centrar estos diferentes puntos de vista, procurando alinear las opiniones en una sola perspectiva.

Los relatos del estudio de caso “utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación”. En esta investigación se utilizó un lenguaje técnico, para poder enriquecer el trabajo y al finalizar ser entendido tanto por las investigadoras, como también por los lectores.

De esta manera se puede afirmar que el estudio de caso permitió construir reflexiones generales partiendo de lo particular y al mismo tiempo, transferir conocimientos generales al análisis de lo particular. Por ello, constituye planteamiento didáctico en el que se puede ir de lo micro a lo macro, o de lo macro a lo micro.

El objetivo principal del estudio de caso estuvo orientado hacia el desarrollo de los procedimientos y elementos necesarios para la utilización adecuada del mismo como herramienta metodológica de la investigación científica en cualquier área del conocimiento. Específicamente, se demostró tanto las características claves como el valor, el beneficio y la utilidad práctica de esta metodología. A la vez dio a conocer con claridad el sujeto o grupo mediante la aplicación de diferentes instrumentos que permitieron obtener una información amplia del sujeto y que facilite la explicación del porqué el sujeto actúa de determinada manera, o busque de alguna manera la causa. ²³

2.3.- Sujetos de Investigación

Los sujetos de investigación fueron ocho enfermeras que laboran permanentemente en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, entendiéndoselas como las profesionales que utilizan los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su

profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica.

Según lo dicho por Burns: “El número de participantes en un estudio cualitativo es el apropiado cuando en el área de estudio se alcanza una saturación de información. La saturación de los datos se da cuando los muestreos adicionales ya no proporcionan nueva información, solo los datos redundantes”, es decir cuando los sujetos repiten los mismos datos en los discursos. Así mismo, dentro de la investigación se presentaron los discursos brindados por las entrevistadas, cuyas identidades estarán protegidas por nombres de flores.²⁴

De esta manera, se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión, solo las enfermeras que laboran en el servicio de Neonatología Del Hospital Regional Docente Las Mercedes y tienen más de tres años de experiencia en el mismo servicio. Se consideró como criterios de exclusión aquellas enfermeras que se encuentran haciendo pasantías o que tan solo se encuentren de vacaciones en el tiempo de la investigación.

Por otro lado en todo el proceso de ejecución se presentó diversas dificultades como el cambio de sujetos en estudio a último momento debido a que no quisieron colaborar en ningún sentido con nuestra investigación; pero a pesar de ello se logró a cuesta de todo hacer las coordinaciones respectivas y modificar los sujetos en estudio con su respectivo escenario y así culminar con éxito la realización del informe de tesis.

2.4.-Escenario

Esta investigación se realizó en el Hospital Docente Las Mercedes, ubicado en la avenida Luis Gonzales N° 635 Chiclayo. Dentro de este nosocomio se encontró el servicio de neonatología, formado por siete ambientes lo cuáles son: el tópico de enfermería, lactario, star de enfermería, unidad de cuidados

intensivos, unidad de cuidados intermedios I, unidad de cuidados intermedios II, cocina para la preparación de fórmulas y lactancia materna. Además cuenta con 7 incubadoras operativas, 3 servocunas y 20 cunas. Está implementado con 2 ventiladores mecánicos, 10 bombas infusoras, 5 blender, 2 aspirador de secreciones, balanzas, coche de paro, monitores cardiacos y coche de medicamentos de emergencia.

Dicho hospital se encuentra brindando una atención integral a toda la comunidad de la ciudad de Chiclayo y su cuidado está dedicado al recién nacido desde los 0 a 3 días y prematuros. Aquí laboran 10 técnicas, 4 médicos y 15 enfermeras cuya experiencia oscila entre 1 año hasta los 30 años de trabajo en los diferentes turnos del servicio teniendo 11 enfermeras nombradas y 4 contratadas; por lo general los neonatos están hospitalizados en ambientes cómodos y ventilados. Este servicio cuenta con materiales básicos para atender a los niños de alto riesgo y se encarga de la prevención y tratamiento de las enfermedades médicas en la etapa de vida del neonato. Y por último es considerado en la escala internacional como un área restringida que establece los cuidados mínimos, intermedios e intensivos según sea requerido de acuerdo al estado crítico del paciente.

Anteriormente se tenía otro escenario el cual fue cambiado a última instancia por motivos de que no permitía las facilidades e instancias respectivas para la ejecución del proyecto de tesis, y por lo tanto las investigadoras se vieron en la necesidad de buscar otro escenario en donde los sujetos en estudio colaborasen para ello, siendo el Hospital Regional Docente Las Mercedes el escenario que nos permitió la ejecución del proyecto.

2.5.-Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos estuvieron seleccionados y elaborados de acuerdo a los objetivos y fines de la presente investigación, como ya se ha mencionado estos instrumentos representan las fuentes primarias de

recolección de datos aquí se encuentran documentos oficiales y entrevistas. En el presente estudio se usó como instrumentos de recolección de datos la entrevista semi estructurada, donde el entrevistador tuvo amplia libertad para las preguntas y sus intervenciones, permitiendo toda la flexibilidad necesaria en cada caso particular.

Hernández afirma que la entrevista semi estructurada es una técnica que permite al investigador obtener datos y entablar un dialogo entre dos personas el entrevistador “investigador” y el sujeto de estudio “entrevistados” a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas. 25

Para el desarrollo de la entrevista, las investigadoras usaron tres preguntas relacionadas al objeto de estudio. Estas fueron grabadas con un Mp4 y transcritas manteniendo la confidencialidad y el anonimato de las involucradas, por lo que se le asignó un seudónimo a cada enfermera; además se les dio un tiempo promedio de 20 - 30 minutos por cada entrevista y un ambiente adecuado, libre de interferencias. Previamente las participantes firmaron el consentimiento informado que dará el primer paso al desarrollo de la entrevista.

La entrevista semi – estructurada constó de título, objetivo general, las instrucciones respectivas y datos generales de la enfermera, como: edad, estudio de post grado, modalidad de trabajo y años de servicio, así como tres preguntas con respecto a la postura que adoptan frente al dolor en el neonato y se validó a través de un estudio piloto, que según Polit, es aplicar el instrumento a dos o tres participantes del estudio para evidenciar si las preguntas son comprensibles y las respuestas son pertinentes al objeto de estudio, en caso de no comprenderse, será oportuno reestructurarlas. 26

Todos estos instrumentos de recolección de datos antes mencionados tuvieron el propósito de obtener datos válidos y confiables, para así realizar un análisis de caso en estudio.

Es importante mencionar que en todo el trayecto de ejecución de nuestras entrevistas se nos presentaron algunas dificultades que nos hicieron detener y un poco retrasar la realización de nuestro proyecto, como por ejemplo el cambio de escenario por la poca y desinteresada participación por parte de los otros sujetos de estudio; sin embargo supimos aventajar los diversos obstáculos que se nos presentaron y así estar al tanto de ver la forma de cambiar de escenario. Una vez hecho esto contamos con la participación activa y confiable por parte de nuestros sujetos de investigación.

2.6.- Procedimiento

Esta investigación fue inscrita en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería y contó con la aprobación respectiva de la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; luego se envió al comité de bioética de la Facultad de Medicina y por último se envió un ejemplar al Director del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Después de ello se procedió a la ejecución del proyecto de investigación el cual fue validado mediante el instrumento de recolección de datos y su ejecución se realizó a través de la prueba piloto. Luego se procedió a la recogida de datos que nos permitió cumplir con los objetivos propuestos en la investigación.

Asimismo se coordinó con el Director del Hospital Provincial Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, ya que es muy importante tener un contacto directo con las personas involucradas en dicho estudio, por lo cual solicité la autorización para realizar dicha investigación.

Obtenida la autorización se realizó una visita de coordinación con las enfermeras que laboran en dicho hospital, para acordar y concretar una cita poniéndole fecha y hora según los tiempos que estas disponían. Luego se ejecutaron las entrevistas acordadas en un lugar tranquilo y sin distractores,

previo a esto se les explicó a las enfermeras participantes sobre el consentimiento informado que apoyó el relato brindado haciéndoles hincapié que su participación es voluntaria y en completo anonimato. Así mismo, se promovió un trato amable en todo momento y se brindó la confianza necesaria para tener libre acceso posteriormente y poder regresar a verificar los datos durante el procesamiento de los mismos y verificar si la interpretación que se dio por parte de las investigadoras fue realmente lo que quisieron dar a conocer.

Por otra parte, como en la mayoría de casos de entrevistas, el promedio de tiempo fue de 20 a 25 minutos, las cuales de preferencia se realizaron de manera continua, es decir momentos continuos y/o programados por la misma investigadora dentro y fuera de sus horarios de estudio.

2.7.- Análisis de datos

Luego de recopilar la información y evidencia necesaria se dio paso al análisis de la metodología del contenido temático, procediendo así a transcribir las entrevistas manteniendo íntegramente el sentido de mensaje expuesto. Estas se convertirían en discursos y se extraerían unidades de análisis que permitirían la formación de categorías. Y finalmente se procedió a analizar los discursos a la luz del marco teórico para concluir con la formulación de nuevo conocimiento.

El tratamiento de los mismos se llevó a cabo generalmente preservando su naturaleza textual, poniendo en práctica las tareas de categorización. El análisis de contenido es una técnica de investigación que nos permite sistematizar y analizar información. Está destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto. Tiene tres etapas.

La primera es el Pre Análisis, es una etapa de organización del material a analizar, en la que se diseña y definen los ejes del plan que permitirá examinar los datos y realizar efectivamente el análisis de contenidos.

La segunda es la Codificación, que consistió en realizar una transformación de los “datos brutos” (material original) a los “datos útiles”. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro y la catalogación de elementos.

Y finalmente la etapa de Categorización que fue la organización y clasificación de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización en un análisis de contenido temático es sistemático, es decir, se agrupan las unidades por similitudes en cuanto a su significado ²⁷.

2.8.- Criterios éticos

En el trayecto de la investigación se aplicaron los principios de la bioética personalista estipulados por Sgreccia: el valor fundamental de la vida física y el respeto a su dignidad, principio de la libertad y la responsabilidad y el principio de solidaridad y subsidiaridad.

Sin embargo, el que más se identificó con la investigación es el primer criterio basado en el **valor fundamental de la vida física y el respeto a su dignidad** que describió el papel de las investigadoras que tuvo en cuenta en todo momento del proceso de la recolección de datos y guardó el completo anonimato o un respectivo seudónimo para cada enfermera participante. De este modo se garantiza un trato que estará basado en el respeto y atención de las opiniones vertidas que serán tomadas tal cual fueron emitidas sin generar algún juicio crítico que pueda afectar a su propia persona.

Como otro criterio a considerar más importante es el principio de **la libertad y la responsabilidad**, que aplicaron las investigadoras con la finalidad de dar a las enfermeras la libertad de participar en dicho estudio voluntariamente y asimismo poder en algún momento retirarse de dicha entrevista sin ninguna incomodidad; ya que previo a esto se hizo hincapié en la

lectura del consentimiento informado que autorice su participación y los puntos a desarrollar en dicha entrevista, de este modo también ellas tendrían que preguntar algo que no esté claro; y por último se les pidió el permiso respectivo porque serían grabadas en el momento de la entrevista ²⁸.

2.9.- Criterios de Rigor Científico

Para la presente investigación se tomó como criterios científicos los expuestos por Lincoln y Guba. El mismo que refiere actualmente que las investigaciones de enfermería vienen demostrando un crecimiento en relación a los criterios de rigor científico, pues el investigador no puede confiar en sus resultados, debido a que los procedimientos e instrumentos de recolección de datos, producen datos de calidad dudosa. Por lo tanto existen diferentes tipos de criterios, entre los cuales tenemos: La confiabilidad, auditabilidad, credibilidad y la transferibilidad.

Como primer criterio de rigor científico adaptado para la investigación tenemos a la **credibilidad**, que se logró cuando las investigadoras buscaron comprender y analizar cuál es la postura que adopta la enfermera frente al dolor del neonato utilizando las entrevistas prolongadas con los sujetos de investigación con una permanencia de 18 meses durante el estudio y así poder recolectar la información que produzca hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.

El segundo criterio a considerar es la **confiabilidad y validez**. Este es muy importante porque nos ayudó a dar una mejor confiabilidad y a la vez una validez certera al instrumento a utilizar con los sujetos en estudio. Por ello, previamente la encuesta se validó por tres personas o expertos acerca de la metodología o tema de la investigación; ellos emitieron un juicio personal a través de unos criterios como son: claridad, vocabulario, objetividad, organización, pertinencia, intencionalidad, consistencia, coherencia y la

metodología que presente dicha entrevista a realizarse. Para esto las investigadoras usaron el método de estudio de caso por lo que se aplicó una entrevista semi-estructurada a las enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Esto permitió establecer estándares que orientaran al objetivo fundamental y así encontrar resultados confiables y creíbles.

Por último criterio de rigor científico tenemos al de **transferibilidad**. Este hace referencia e hincapié a que cuando se finalice la investigación se elaborará un informe con los estándares requeridos para que otro investigador tenga la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones.

En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por ende, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos ²⁹.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS

Para poder referirnos a la actitud de la enfermera frente al dolor en el neonato es de vital importancia saber qué significan las palabras actitud y dolor. La actitud viene a ser la manera de comportarse u obrar de una persona ante cierto hecho o situación y la palabra dolor se refiere a una sensación molesta y desagradable que se siente en una parte del cuerpo a causa de un procedimiento o una enfermedad.

Explicado el significado de estas palabras podemos expresar que la actitud de la enfermera es de vital importancia para la recuperación y para el mantenimiento de la salud de todo neonato hospitalizado ya que estos están expuestos a sentir dolor ya sea por los procedimientos invasivos que se les realizan para pruebas diagnósticas o por la administración de medicamentos.

En los niños la forma más común de expresión de desagrado es el llanto, el cual se manifiesta de manera irritable y persistente, por lo que se relaciona directamente con la alteración de los signos vitales como respuesta fisiológica. Pero no solo es cuestión de que la profesional sepa identificar el llanto, es importante también poder describir y analizar cuáles son las acciones que realiza la enfermera para el tratamiento del dolor y para mantener al neonato estable; dentro de estas acciones hay dos grandes grupos, los cuales son: las estrategias no farmacológicas que se usan como primera opción, aquí podemos encontrar varias acciones dentro de las cuales la más común es la de ofrecer los chupones de glucosa para calmar al niño y mantenerlo estable y las estrategias farmacológicas que están determinadas por la administración de analgésicos para aliviar el dolor; otra acción importante que permite estabilizar al niño es brindar la comodidad y confort para lograr aliviar el dolor a través del sueño y por consiguiente evitar el llanto. Lo más común es mantener un nido confort en muy buen estado para poder brindar al niño la confianza y tranquilidad o permitirle estar cerca de su madre si es que es posible.

Es importante que la enfermera se mantenga constantemente leyendo, estudiando, investigando y capacitándose para poder brindar una atención de calidad, conforme al avance de la tecnología y a las investigaciones realizadas en su área de trabajo.

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS:**I. RECONOCIENDO LA RESPUESTA MÁS IMPORTANTE DEL NEONATO ANTE EL DOLOR: LLANTO****II. ALIVIANDO EL DOLOR CON ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS.**

- Administrando los analgésicos preescritos al neonato para su alivio del dolor.
- Brindando comodidad y confort para el bienestar del neonato.

III. BUSCANDO MEJORAR LAS COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN PERMANENTE.

CATEGORÍA I:

I. RECONOCIENDO LA RESPUESTA MÁS IMPORTANTE DEL NEONATO ANTE EL DOLOR: LLANTO

Los neonatos son seres inmaduros y por lo mismo a menudo deben someterse a intervenciones invasivas. Sobre todo los niños que requieren cuidados intensivos, que son sometidos de forma repetitiva a procedimientos dolorosos, en la mayoría de los casos sin tratamiento adecuado y esto es palpable de diferente manera, por ejemplo, por medio de la alteración de los signos vitales y el llanto.

Según Ceriani C, los signos vitales son parámetros clínicos y a la vez son una herramienta valiosa que reflejan el estado fisiológico de la persona; y más aún si son neonatos que recién están en proceso de adaptación a un mundo exterior desconocido y cuyos valores están en constante variación por el mismo estado en el que se encuentran en ese momento; y es por eso que dichos cambios también se ven alterados según la edad, el sexo, el peso y la enfermedad que padecen; y los principales signos son cuatro: la temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial³⁰. Como se evidencian en los siguientes discursos:

“A la hora que está intranquilo, llora, sus signos vitales están inestables... saturación, frecuencia cardíaca...” (MARGARITA)

“El llanto es irritable, también se observa la alteración de los signos vitales, la saturación de oxígeno. También se altera la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca; el niño se vuelve de tono muscular irritable. Todos esos son signos que podemos visualizar cuando un niño tiene dolor.” (LIRIO)

La temperatura en el neonato se presenta en una menor capacidad de termorregulación, ya que tiene una mayor superficie corporal en relación a su peso, aportes calóricos insuficientes, depósitos limitados de grasa parda de rápido metabolismo; cuyos valores normales oscilan entre los 36.5°C hasta

37.5°C. La frecuencia respiratoria puede estar alterada por el estrés, el ambiente, cuando hay aumento de la temperatura, edad, medicamentos que disminuyan la frecuencia respiratoria. Sus valores normales son 30 x´ hasta 60x´ respiraciones por minuto. ³¹

De igual modo Cobo, hace referencia que la respiración es garantizar el intercambio pulmonar de gases a pesar de los cambios fisiológicos o patológicos. Hay algunos factores que influyen en la alteración de la frecuencia respiratoria, los cuales pueden ser: el estrés, el ambiente cuando hay aumento de la temperatura, edad, medicamentos que disminuyan la frecuencia respiratoria. Sus valores normales en neonatos son 30 x´ hasta 60x´ respiraciones por minuto. Así mismo, el autor refiere que la frecuencia cardíaca está representada por el pulso y que en el neonato se puede efectuar a través de la auscultación estetoscópica sobre la zona meso cardíaca contando los latidos en un minuto. Los límites normales son de 120 x´ hasta 160x´ latidos por minuto (lpm). ³³

Confrontando con las expresiones anteriores y los discursos de las enfermeras del servicio de neonatología, mediante la observación, el llanto, la intranquilidad y evaluación de los signos vitales, es que pueden identificar ellas, el dolor en el neonato.

Narbona, E. y otros, manifiestan que el dolor en el neonato, puede presentar respuestas fisiológicas y hormonales exageradas frente a un mismo estímulo doloroso que las mostradas por niños de mayor edad o adultos, presentando menor umbral del dolor cuanto menor es la edad gestacional del neonato. Debido a que la no mielinización o mielinización insuficiente no implica ausencia de transmisión de estímulo doloroso, sino una transmisión más lenta del mismo. El sistema nervioso periférico se considera funcional en la semana 20º post concepcional. La transmisión y respuesta del dolor forma parte de un complejo sistema en el que interaccionan numerosos mecanismos neuroendocrinos, con componente tanto de sobre estimulación como de

inhibición. En el recién nacido a término y pre término están inmaduros aún muchos mecanismos inhibitorios.³²

Otra de las alteraciones fisiológicas que manifiesta el neonato cuando tiene dolor es el llanto que es su único medio de expresar sus necesidades, es así que los padres y profesionales de la salud aprenden a distinguir los tonos y las cualidades diferentes del llanto³⁴. Es una compleja serie de sonidos rítmicos que requieren una coordinación precisa entre varios sistemas motores, incluyendo la musculatura de la cara, la vía aérea y la respiración³¹.

Ante la presencia del dolor, el neonato responde con el llanto para atraer la atención de las personas encargadas de atenderlo. El llanto aparentemente es una conducta importante para la organización del día y para minimizar dificultades en el SNC neonatal. La mayoría de los padres son capaces de diferenciar el tipo de llanto, provocado por el dolor, el hambre o la inquietud después de transcurridas dos o tres semanas, aprenden rápidamente a responder en la forma más adecuada.³¹ como lo refieren los siguientes discursos:

“Cuando el niño se torna irritable está desesperadito moviéndose de aquí para allá, no se calma con nada ... también por los signos vitales, la frecuencia respiratoria y cardiaca aumentadas, la saturación de oxígeno; así lo identifiqué yo.” (GARDENIA)

En una primera instancia el llanto, un llanto improvisado, de pronto, incomodidad para dormir, su sueño alterado, alteración del monitoreo o sea los signos vitales en cuanto a la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca...” (GIRASOL)

Analizando los discursos de las enfermeras del servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, ellas afirman que el neonato siente dolor, que lo demuestra a través del llanto y como consecuencia del mismo la alteración de los signos vitales como respuesta fisiológica. Ahora bien, el llanto por dolor tiene sus propias características que por la experiencia en el manejo

del recién nacido la enfermera identifica con facilidad. Así mismo esta forma de identificación del dolor en el neonato, permite a la enfermera en poder mejorar su actuar, ya mediante acciones terapéuticas o farmacológicas como se da en la siguiente gran categoría:

CATEGORÍA II:

II. ALIVIANDO EL DOLOR CON ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS

Las enfermeras neonatólogas del HRDLM, al estar constantemente en contacto con los recién nacidos, han logrado identificar a lo largo de su arduo trabajo, que la manera más eficiente para actuar frente al dolor es la respuesta próxima de uso de los medicamentos farmacológicos a fin de disminuir la preocupación del familiar y al mismo tiempo del personal de salud. Sin embargo, el dolor por décadas ha sido un motivo de preocupación, debido que en los neonatos es complejo la evaluación, a veces por la falta de capacitaciones de los profesionales o por el temor de los efectos secundarios de las drogas y la clásica presunción de que no existe dolor en el neonato³⁵.

Sin embargo Nandi y Fitzgerald en el año 2012 opinan que el recién nacido presenta menos selectividad a los estímulos dolorosos que el adulto, la expresión de los receptores opioides en la médula espinal del recién nacido es mucho más difusa que en el adulto y su densidad aumenta durante las primeras semanas de vida. Estas observaciones conducen a estos autores a presuponer que los reflejos nociceptivos en el recién nacido están incrementados; sin embargo, la percepción del dolor está disminuida³⁵.

Es por ello que la enfermera como personal de salud más ligado a la evolución del neonato deberá utilizar estrategias como un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado fin; ya sean farmacológicas o no mejorando la calidad de vida.

a. Administrando los analgésicos prescritos al neonato para su alivio del dolor.

Según Martínez & Delgado hacen referencia, que la administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, la enfermera debe demostrar los conocimientos y aptitudes necesarios para aplicar un fármaco al neonato, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración; cuyo objetivo será lograr una acción específica mediante la administración de un medicamento, ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos³⁶.

Una de las clases de fármacos que manifestaron las enfermeras en estudio fueron los analgésicos, que son drogas para calmar o eliminar el dolor en cierta forma y así podrá mantenerse tranquilo al neonato³⁶.

“... cambiándole de posición y bueno si no mejora con eso, es necesario administrarle algún relajante, como es un sedante o un analgésico, según este indicado por el médico...” (LIRIO)

“...en niños operados, pero lógico tienen horario sus analgésicos... En estos niños más que todo se observa que tienen bastante dolor, por eso es que se indica cada ocho horas el analgésico, pero a veces eso no los calma...” (GARDENIA)

Según Marquez R, E en año 2010 concluyo que la exposición repetitiva a dolor en la infancia puede llevar a la alteración de la sensibilidad al dolor, aumento de la ansiedad, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, de conducta, memoria, sociabilización y expresión de sentimientos³⁷.

Martínez menciona que el tratamiento del dolor neonatal en prematuros presentes en la unidad de cuidados intensivos neonatales es muy frecuente,

debido a que estos son sometidos a numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la mayoría de los cuales son dolorosos como mostraron en un estudio con 3.283 neonatos que fueron sometidos a diversos procedimientos incómodos y a la vez causándole dolor neonatal.³⁶

Confrontando con los autores y dichos discursos brindados por las enfermeras se puede decir que cuando el neonato presenta un dolor tolerable la mejor actitud que toma la enfermera para con este es primero calmarlo con medidas no farmacológicas como los cambios de posición, entre otros; pero si dicho dolor es de intensidad máxima su otro actuar inmediato es administrarle un analgésico o sedante prescrito con anterioridad por el médico con sus respectivos horarios establecidos; al hacerlo así, ellas evidenciaron una mejoría en el neonato.

Las acciones o estrategias terapéuticas en el tratamiento del dolor agudo son abrumadoras, las evidencias que ponen de manifiesto que cuanto antes y de una manera más eficaz se comience a tratar el dolor, o incluso a prevenirlo en el caso del dolor postoperatorio, más factible será conseguir una analgesia adecuada. El tratamiento comprende, además de la asistencia humanizada, la buena técnica y los instrumentos más precisos, la terapia farmacológica con los AINES, los opioides, los anestésicos locales y los adyuvantes³⁶.

Algunos autores han establecido tres grandes grupos de necesidades analgésicas en función de la agresividad del procedimiento al que es sometido el neonato: Grupo de agresividad leve: Aquellos procedimientos que interesan la piel con mínima o nula afectación de cavidades corporales. La analgesia puede ser conseguida con AINES durante 1-2 días. Grupo de agresividad moderada: Se produce lesión de tejido cutáneo así como de zonas viscerales (ojos, boca, vejiga, etc.). La analgesia exclusiva con AINES es insuficiente y a menudo se necesita añadir opiáceos débiles durante 2-5 días, Grupo de agresividad severa: Estarían

incluidos politraumatizados, quemados, o aquellos con intervención abdominal, torácica o de periostio³⁸.

Analizando con los discursos de las enfermeras, la mejor forma como pueden aliviar el dolor en el neonato es a través del analgésico prescrito, a fin de poder actuar de una forma inmediata, rápida frente al problema de salud del recién nacido, conllevándolas a sentirse satisfechas de haber efectuado un cuidado integral, personalizado e humanizado con el neonato.

Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona³⁹.

Aplicado a los discursos Watson nos recuerda que la enfermera debe estar preparada para poder afrontar diversos sentimientos que la persona pueda presentar, con única finalidad de reconocer cuales son esos sentimientos que le afectan a su salud, para poder mejorarlo desde el momento que es partícipe de su cuidado transpersonal.

Es por ello que la importancia del tratamiento para el dolor agudo en neonatos se ve reflejada en el sistema nervioso central que puede localizar un estímulo externo como nocivo, identificando incluso la naturaleza (mecánica, química o térmica) del mismo. Puede, así mismo, adquirir memoria frente a dicho estímulo mediante mecanismos de hiperalgesia y desencadenar respuestas inmediatas de defensa frente a él. Por todo esto, se debe tratar el dolor asociado

a la intervención quirúrgica cuanto antes y, si es posible, prevenirlo antes incluso de que este se produzca. Dependiendo de la rapidez con la que instauremos la terapia analgésica se evitará que, la hiperalgesia fisiológica producida tras la intervención, provoque graves secuelas³⁶.

Por tanto, el manejo farmacológico es oportuno cuando los procedimientos son más agresivos; no obstante las medidas no farmacológicas deben ir siempre acompañadas por tratamiento farmacológico el cual se puede elegir de acuerdo a la escala analgésica de la OMS, en orden ascendente: Dolor leve: no opioide ± adyuvante, Dolor moderado: opioide menor ± no opioide ± adyuvante, Dolor severo: opioides mayores ± no opioide ± adyuvante²⁵. Uno de los fármacos utilizados para el alivio del dolor neonatal son los analgésicos no opiáceos que son medicamentos de primera elección para tratar el dolor de intensidad leve a moderada. Actuando a nivel periférico bloqueando impulsos nociceptivos⁴⁰.

Aludiendo a la expresión anterior, el neonato es un ser sensible expuesto a estímulos externos intensos e invasivos que le provocan dolor y sufrimiento. Y éste no aliviado trae como consecuencia sufrimiento y secuelas. Es por ello que la enfermera al tener el conocimiento de la fisiopatología del dolor y su evaluación correcta, puede brindar un mejor cuidado hacia el bebé, y ella misma, será la encargada principal de hacer visible que el dolor del neonato no sea un manejo rutinario, sino integral y humanizado⁴⁰.

“...si veo que el niño tiene ciertas características en la carita, que está frunciendo la frente de preferencia, es porque tiene dolor; entonces en ese momento dependiendo de qué patología tenga el niño y si tiene un analgésico en ese momento, le coloco el analgésico indicado... en el caso de niño post operado sí necesita analgésicos que estén indicados” (DIAMELA)

“No tenemos un protocolo del manejo del dolor, pero me parece que en forma individual ya por lo menos manejamos el dolor en algunos casos con analgésicos, a los niños quirúrgicos se les prescribe un tipo de analgesia o

sedación y es el médico el que evalúa e indica que analgésicos tenemos que administrar...” (ORQUÍDEA)

Analizando con los discursos de las enfermeras neonatólogas del HRDLM afirman que cuando el neonato posee un dolor intolerable o de mayor intensidad lo ven reflejado en sus expresiones faciales, y comportamientos conductuales que les hace percibir una molestia que le está aquejando al neonato; les hace pensar y actuar de inmediato mediante la aplicación de un medicamento analgésico prescrito a fin de calmar o disminuir el dolor, esa actitud frente al dolor les conlleva a reflexionar sobre su actuar profesional.

Por lo tanto una de las investigaciones acerca de este estudio llegó a la conclusión de que se ha incrementado la evidencia a favor del uso de analgesia neonatal, de tipo farmacológica o no farmacológica, con el advenimiento de las bases fisiológicas, farmacológicas y de investigación en el campo de la asistencia a los recién nacidos. Así mismo al equipo de salud cabe considerar las ventajas y desventajas de los métodos así como sopesar la calidad de vida actual y a futuro de los niños que se atienden, para tomar decisiones correspondientes a favor de transitar hacia un enfoque de humanización del cuidado neonatal ³⁷.

b. Brindando comodidad y confort para el bienestar del neonato.

Según Marquez, L, Ibarra, A, 2010 hacen referencia que el avance y desarrollo de los cuidados intensivos neonatales ha permitido que sobrevivan niños muy inmaduros así como la mayoría de los recién nacidos a término con patologías graves. El niño en cuidados críticos es extremadamente vulnerable a factores medioambientales, como la luz, el ruido, las manipulaciones, aspiraciones, los cuáles pueden alterar su estabilidad fisiológica con consecuencias sobre su estado de salud. Es por eso que cuando el niño nace tiene que adaptarse a su nueva situación y para que esa adaptación sea lo más natural posible tenemos que respetar el derecho del niño al reposo, oscuridad,

proximidad, liberación del dolor y cuidado individualizado, con la implicación de los padres como miembros activos del equipo⁴¹.

Por lo tanto, todo esto viene a ser un conjunto de actividades que deberán estar presentes durante la realización de los cuidados y/o procedimientos de enfermería, para conseguir una enfermería de cuidados críticos más humana; cuyos objetivos estarán ligados a proteger la integridad física y mental del niño en cuidados críticos, incrementar medidas que promuevan la seguridad del neonato, promover el confort del recién nacido en la unidad y disminuir las complicaciones a largo plazo de la prematuridad⁴¹.

Sin embargo añadiendo a esto existen medidas o estrategias no farmacológicas que vienen a ser las intervenciones ambientales y conductuales, que tienen una amplia aplicación en el tratamiento del dolor neonatal; ya sea de forma aislada o en combinación con intervenciones farmacológicas; cuyo propósito es incrementar la comodidad, estabilidad del neonato y reducir el estrés. Estas tienen la ventaja de reducir la frecuencia cardíaca, promueven el descanso y sueño, la ganancia de peso y desarrollo de ritmos circadianos. (ciclo de sueño – vigilia que se repite, nos dicta cuando despertar y cuando dormir). Entre ellas tenemos: Proporcionar calidez humana, evitar manipulaciones bruscas e innecesarias³⁷.

Podemos decir que uno de los cuidados de enfermería que provee al neonato para disminuir o en cierta forma calmar su dolor es brindarle comodidad que es el estado de sosiego o bienestar, el cual tiene un componente físico y otro emocional. El bienestar físico comprende la liberación del dolor y la armonía con el ambiente; y el confort es cualquier sensación agradable o desagradable que incomoda al neonato y que le impide tener un sueño placentero y regulador que lo manifiesta a través del llanto⁴¹. Todo esto se ve manifestado en los siguientes discursos:

“... otra medida terapéuticas es mantenerlo lo más cómodo, contenerlo porque a veces el niño al no estar contenido en el nido se desorganiza y de esa manera se tranquiliza y se mantiene lo más cómodo posible...” (ORQUIDEA)

“...en cuanto a la UCI siempre cubrimos la cúpula, tratamos de usar un nido confort con materiales suaves ya sea franela o polar para poder brindarle así comodidad y confort en una posición que pueda prolongar más el sueño...” (GIRASOL)

“... y luego aliviarles con una mejor posición, quizás su nidito esté mal hecho o la ropa esté arrugada. Mejorar, dar confort en cuanto a su unidad.” (LIRIO)

Analizando los discursos de las enfermeras neonatólogas del HRDLM, ellas afirmaron que cuando el neonato tiene dolor de poca intensidad su primer actuar frente a esto es usar estrategias no farmacológicas que ayuden a disminuir en cierta manera el dolor que lo aqueja; mediante la comodidad y confort en su cunita o cúpula del neonato, ya sea arreglando su nidito con materiales suaves como franela o polar, que sienta que está en el vientre materno.

Por eso nuestra teórica Watson con su teoría del cuidado humano en uno de sus factores de cuidado que poseen un componente fenomenológico hace hincapié la asistencia en la gratificación de las necesidades humanas en donde la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente que tienen que satisfacer sus necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de mayor rango superior. Y una de sus condiciones necesarias para el cuidado es que ella tenga conciencia y conocimiento que alguien necesita cuidado porque es un ser indefenso que requiere cuidados³⁹.

Aplicado a los discursos Watson nos recuerda que la enfermera como personal de salud está en la capacidad de reconocer las necesidades básicas y por ello biofísicas que posee o están alteradas en el neonato para poder

proporcionarle un cuidado holístico y pandimensional basado en conocimientos científicos.

La evidencia sugiere que la analgesia «profiláctica» en la atención del neonato prematuro críticamente enfermo mejora el pronóstico neurológico de estos pacientes.¹⁹ Sin embargo, es fundamental el trabajo en equipo, en la búsqueda de aumentar el confort del recién nacido adoptando medidas generales y ambientales, utilizando fármacos previamente conocidos, y contando con protocolos establecidos y de fácil acceso⁴².

De este modo Martínez. A, Delgado. A, Cano. ME. , Núñez, J. y Gálvez, R. en el año 2002, refieren que el propósito de estas estrategias no farmacológicas es incrementar la comodidad, estabilidad del neonato y reducir el estrés, mediante acciones ambientales que disminuyan la luz excesiva y el ruido en las UCIN. Utilizar posiciones para promover un equilibrio de posturas de flexión y extensión, manipular al neonato en forma lenta y suave, promover comportamientos autorreguladores como sostener, agarrar y succionar, y hacer participar a los padres en la atención de sus hijos neonatos lo más posible, son consideradas también estrategias no farmacológicas³⁶.

Existe una serie de técnicas no medicamentosas que han sido empleadas en diferentes UCIN para atenuar o prevenir el sufrimiento y disminuir el uso de antiálgicos, como el uso de soluciones glucosadas en forma de chupete por vía oral si es posible antes del procedimiento doloroso ⁴².

Estudios han relacionado el efecto de la sacarosa en la respuesta nociceptiva del neonato hospitalizado. La hipótesis que lo fundamenta es que la leche humana es rica en opioides endógenos, que además de calmar al lactante actúan como inmunomoduladores. El sabor dulce ha dado buenos resultados al realizar punciones venosas, punciones en el talón y retiro de adhesivos o dispositivos pegados a la piel⁴³.

La sacarosa por vía oral en los neonatos de bajo peso antes de realizar los procedimientos dolorosos parece ser un método eficaz y seguro para mitigar el dolor, sobre todo cuando se combina con agua estéril o con el uso del chupete ⁴⁴. Como se evidencia en los siguientes discursos:

“... Primero le brindamos comodidad, le arreglamos la cunita, tratamos de cambiar de posición, le damos inclusive los chuponcitos que aplicamos acá que son la gasita con la dextrosa y a veces ni con eso se calma. En cuanto a la comodidad y confort le tratamos de dar un bañito tibio, lo bañamos, lo dejamos que se tranquilice un poco inclusive le damos un poquito de lechecita para calmarlo, si no se calma con eso, su chuponcito...” (GARDENIA)

Analizando con el discurso de la enfermera del servicio de neonatología del HRDLM certificó que cuando el neonato tiene dolor de leve intensidad su actuar prioritario es efectuarle un chuponcito de dextrosa al 5% con gasa por vía oral; con el propósito de que el neonato se entretenga y a la vez calmarlo por un momento.

Otra de las estrategias no farmacológicas es el hecho de arropar al neonato junto con el uso de mecedoras o camas de agua se ha demostrado que son eficaces para promover la estabilidad en indicadores fisiológicos, crecimiento y estado conductual en prematuros⁴⁵.

Se ha demostrado que las técnicas como masaje, balanceo y uso de colchones de agua, proporcionan estímulos táctiles, vestibulares y cenestésicos en los neonatos, modula el estado conductual, aceleran la maduración de éste y disminuyen el estrés. También se puede reducir el dolor aplicando otros estímulos positivos, como mecer al recién nacido con movimientos de balanceo suaves, lentos y amplios o mediante estimulación auditiva, utilizando grabaciones que reproduzcan la voz de sus padres, los sonidos del útero o música⁴⁶.

“...está llorando el niño, quiere imposición de manos ya, entonces con las manos tenemos que calmarlo...cogemos la cabeza así en el prematuro, presionar así las manitos. Dándole la posición en la que ha estado en el útero materno. Eso sí le hacemos, le damos comodidad.” (MARGARITA)

“Bueno, para aliviar el dolor acaricio al niño, le damos masajes. Incluso, quizá solo cambiándole de posición le brindamos cierto confort al niño...” (CLAVEL)

Analizando los discursos de las enfermeras del servicio de neonatología del HRDLM, ellas certifican que cuando el neonato tiene dolor de leve intensidad su actuar esencial es ponerse en el papel del rol maternal brindándole estimulación táctil mediante caricias suaves y gentiles porque van a promover el flujo sanguíneo por todo su organismo y a la vez hacerlo sentir que está en el útero materno; y así mejorara su dolor progresivamente y podrá conciliar el sueño y hacerlo placentero.

III. BUSCANDO MEJORAR LAS COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN PERMANENTE.

Las enfermeras neonatólogas reconocen que por lo complejo de su especialidad, deben mantener una capacitación permanente, ya que han logrado identificar que las constantes capacitaciones les permiten brindar un cuidado de calidad, eficaz y eficiente y de ese modo mejorar constantemente su actuar frente al neonato, ya que este es un ser frágil y totalmente dependiente de su cuidado. Como lo refiere Jean Watson en un supuesto de su teoría del cuidado humano, la práctica del cuidado es central en enfermería, es decir, enfermería, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica ⁴⁷.

Según Cadena y Olivera el proceso educativo acompaña al ser humano desde su origen, por lo tanto es considerado como una acción continua y permanente durante toda la vida, asimismo como parte integral del trabajo.

Siendo así que la capacitación se define como un proceso activo y permanente que consiste en adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos, las destrezas y las actitudes que le permitan enfrentar y resolver, o en su caso, contribuir a la mejora de los problemas a fin de preservar y mejorar la competencia y actitudes del personal que ha terminado su instrucción formal, con el objetivo de enfrentar los cambios tecnológicos y de innovación productiva de manera competente y provechosa ⁴⁸.

De esta manera, cuando se habla de capacitación continua, es preciso entender que el trabajador, cuando asume una actividad profesional, trae un conocimiento previo, resultado de toda su historia de vida y de la preparación profesional formal exigida. Bajo este contexto, la capacitación representa en sí misma el recurso más importante con el que cuentan las organizaciones, empresas o instituciones, en este caso de salud, para la formación y actualización de sus profesionales. Su finalidad es enfrentar la innovación y los cambios tecnológicos de manera competente y provechosa para garantizar el cuidado de calidad y logro de las metas organizacionales de acuerdo con los valores y objetivos de la institución⁴⁸.

Para ello, el desarrollo personal de sus integrantes es fundamental, pues se busca mejorar habilidades e incrementar conocimientos en áreas específicas, asimismo, cambiar actitudes con el fin de generar personas proactivas. Por lo tanto, todo personal de salud, en el ejercicio de su profesión, está implícitamente comprometido a la capacitación continua.⁴⁸ Como se muestra en los siguientes discursos:

“Claro, las capacitaciones nos ayudan en cierto modo a mejorar nuestro actuar y brindar un cuidado humanizado y de calidad. Aquí en el hospital se nos informa sobre las capacitaciones constantemente, pero ya depende de cada una si las puede realizar con el permiso correspondiente.” (MARGARITA)

“Mi actuar trato de mejorarlo día a día, porque cada día es un nuevo conocimiento. Yo creo que las capacitaciones y especializaciones son muy buena principalmente porque nos explican y enseñan nuevas cosas.” (GIRASOL)

Según Caciquinho C. manifiesta que la educación ha sido considerada como un instrumento que produce cambios y transformaciones en la sociedad. Las transformaciones sociales y educacionales tienen repercusiones en los modos de producir dentro de los diferentes campos del saber y en la producción laboral. En el contexto de la educación y salud, dentro de los procesos de trabajo, la acumulación de conocimientos que se traduce en tecnologías e indicadores de calidad, vienen influenciando en la organización del trabajo, exigiendo que los trabajadores adquieran de forma dinámica nuevas habilidades.⁴⁹

Siendo así, se entiende que la educación es una estrategia para que el individuo tenga mayor capacidad y mayor posibilidad de construcción dentro de su mundo de trabajo, siendo este, un sujeto que construye y se transforman, en un movimiento dinámico y complejo mediado por valores políticos, culturales y éticos⁴⁹.

De esta manera, la formación de enfermería constituye la socialización de conocimientos, principios, valores y técnicas en un campo complejo: el cuidado de la salud. Esta formación, en su connotación más amplia es concebida como una posibilidad de autonomía para la creación de proyectos que permitan el desarrollo de su dimensión humana. Por esta razón la ocupación de estos profesionales y su capacitación son una preocupación universal.⁵⁰

Por lo cual, es responsabilidad de la enfermera trabajar por su mejoramiento y progreso en cuanto a capacitación y actualización permanente para crecer y mantener su competencia profesional a fin de prestar servicios de calidad a todas las personas, en este caso a los neonatos que son seres frágiles y que requieren de cuidados específicos y actualizados para poder restablecer su salud.³⁹ cómo se evidenció en los siguientes discursos:

“...En neonatología en el cuidado hacia el niño siempre va a ver algo nuevo por lo que siempre estamos en capacitación. De repente alguna técnica se mejora, por eso siempre vamos a los cursos para mantenernos actualizadas para poder brindar una mejor atención del niño.” (CLAVEL)

“Sí, señorita, porque aquí en el servicio... a mi parecer tenemos que estar constantemente capacitándonos o investigando sobre las nuevas técnicas y avances ya que el neonato es un ser que requiere de muchos cuidados y que estos sean muy específicos; por eso yo creo que las capacitaciones son muy importante.” (LIRIO).

Analizando con los discursos de las enfermeras neonatólogas del HRDLM reconocen la importancia de brindar un buen cuidado al neonato y que este sea actualizado y de calidad para así poder mejorar su actuar de manera progresiva, lo cual se logra a través de capacitaciones continuas por los avances tecnológicos y de las investigaciones para el cuidado, y de esta manera poder socializar los conocimientos, principios, valores y técnicas en un campo complejo como lo es el cuidado de neonatos con dolor, estas pueden ser brindadas dentro y fuera de su lugar de trabajo pero es específicamente decisión e interés de ellas realizarlas y así lograr crecer profesionalmente y ser un profesional competitivo.

Un buen cuidado, lleva consigo un buen trato, particularmente cuando se trabaja con niños y niñas pequeños (as), es una buena señal que invita a una reflexión mucho más profunda respecto a cómo los adultos nos relacionamos con ellos/as cotidianamente en nuestras familias, y fuera de ellas, en nuestras comunidades, e inclusive en espacios públicos.

El Buen Trato, antes que todo, es una forma particular de relación entre las personas, que se basa en un profundo sentimiento de respeto y valoración hacia la dignidad del otro (a). El Buen Trato se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los demás, la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la

resolución no violenta de conflictos, y un adecuado ejercicio de la jerarquía y del poder en las relaciones.

Si pensamos en el cuidado infantil, el Buen Trato da cuenta de un modo distinto de relación entre los adultos, niños y niñas, donde se pone al centro la satisfacción de sus necesidades de cuidado y bienestar, de modo de asegurar el desarrollo de sus máximas potencialidades en ambientes cariñosos, respetuosos y seguros afectivamente.⁵¹

CONSIDERACIONES FINALES

Después de analizar y describir la actitud de la enfermera frente al dolor del neonato en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, se llegaron a las siguientes consideraciones finales en relación al grupo en estudio.

- Los sujetos de investigación refirieron que identifican al neonato cuando tiene dolor a través de la manifestación de su llanto, de la alteración de los signos vitales, entre ellos mencionan la frecuencia respiratoria, cardíaca y finalmente la saturación de oxígeno.
- Para brindar un alivio del dolor del neonato más eficaz en su totalidad, se requiere que el equipo de salud tenga como nexos directos a la familia en particular con la madre. De esta manera la madre desarrolla un doble papel protagónico: es decir, es colaborador en los cuidados de su hijo y el calor materno que le da para su pronta mejoría y recuperación; puesto que es la madre el vínculo más cercano del neonato en donde encuentra tranquilidad y felicidad. Añadido a esto se necesita de un área especializada en cuidados neonatales intensivos y de personal capacitado para constituir un equipo de salud en cuidados para el alivio del dolor.
- Las enfermeras que participaron de la investigación dentro de su cotidianidad reconocieron algunas limitantes principales como son: El factor tiempo, recurso humano deficiente, y por último la alta demanda de neonatos que posee. Todo ello impide que se dé un cuidado pandimensional al neonato.

Al reconocer las enfermeras en estudio que se encontraban con diversas limitantes sugieren de la misma manera alternativas de solución: aumento de personal de enfermería en todos los turnos, pero sobre todo, surge la necesidad de ampliar la unidad de cuidados neonatales por la alta demanda de éstos.

RECOMENDACIONES

El dolor es un lenguaje universal que puede ser entendido por medio de palabras, expresiones faciales, movimientos corporales, respiración, color y que no es exclusivamente de adultos ya que los bebés también demuestran con ese lenguaje que sienten dolor.

Es nuestra responsabilidad profesional poder valorarlo y responder adecuadamente ante las necesidades del bebé. Para ellos es tan real y molesto como para el resto de los humanos.

Por lo tanto, hay que derribar el mito que sostiene que en ellos es distinto. Debemos combatir esta creencia en nuestra práctica diaria. Si negamos el dolor en los recién nacidos, fallamos en reconocerlos como personas.

AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

- Construir una guía de valoración del dolor neonatal según escalas.
- Establecer un protocolo de atención al recién nacido, que unifique criterios para la prevención y el manejo del dolor.
- Aumento de personal de enfermería para cada turno.

A LAS ENFERMERAS

- Capacitaciones constantes para la mejora de la atención del neonato.
- Promover el uso de instrumentos de evaluación del dolor, sencilla y fácil de utilizar y se debe revalorar el dolor y la respuesta a la terapéutica con frecuencia y periodicidad.
- Enfatizar que el manejo del dolor en el neonato, especialmente en el prematuro tiene particularidades importantes, ameritando un enfoque diferente, una observación clínica más rigurosa y una vigilancia mayor que incluye monitorización estricta de los signos vitales, el alivio del

dolor, la dosificación de los analgésicos empleados, los efectos colaterales de los mismos, así como su disminución progresiva y consciente de los analgésicos opioides, una vez que la causa del dolor haya sido controlada y la patología de base tratada.

- Promover entre el personal clínico que maneja neonatos y niños críticamente enfermos el conocimiento y uso apropiado de analgésicos potentes si la situación clínica lo amerita. El riesgo beneficio en este caso favorece ampliamente al paciente.

A LA ESCUELA

- Difundir la investigación por los medios sociales al hospital, a la universidad y a las enfermeras especialistas en neonatología.
- Enfatizar que las estudiantes continúen las investigaciones para poder concretar objetivos.
- Promover en nuestro medio la estandarización de los esquemas de valoración y tratamiento del dolor en recién nacidos y críticamente enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vilamil A, Ríos M, Bello M, López N, Pabón I. Valoración del dolor neonatal: Una experiencia clínica. *Aquichan* [revista en internet]. 2007 [acceso 20 de noviembre de 2013]; Bogotá, 7 (2). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/107/215>
2. Gallegos J, Salazar M, Dolor en el Neonato: Humanización del Cuidado Neonatal. *Revista de enfermería neurológica* [revista en internet]. 2010 [acceso 10 diciembre de 2013]; México, 9 (1:26-31). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101h.pdf>
3. Velásquez C, Moncada L. “Intensidad de respuesta al dolor en neonatos sometidos a procedimientos médico-quirúrgicos menores”. Informe de tesis. Guatemala: Universidad de San Carlos; 2011. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8788.pdf
4. Álvarez T. El dolor en los Neonatos: Enfoque diagnóstico y terapéutico. *Revista Iatreia* [revista en internet]. 2012 [acceso 20 de enero de 2014]; Colombia 13(4): 248 -249. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/3784>
5. Pérez R, Villalobos E, Aguayo K, Guerrero M, Valoración y estrategias no farmacológicas en el tratamiento del dolor neonatal. *Revista Cubana de Pediatría* [revista en internet]. 2006 [acceso 05 febrero 2014]; Chile 78(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol78_03_06/pedo8306.htm
6. Rivara G, Huaipar S, Miyasato D, Bejarano C, Briceño D, Bucher A, Madalengoitia X, Viale S, Pendavis P, García P, García G, Juárez M, Iglesias F, Medina C, Herrera C. Dolor Agudo neonatal con estímulos dolorosos repetitivos, estudio randomizado comparando tres métodos analgésicos no farmacológicos. *Revista Peruana Pediatría* [revista en internet]. 2009 [acceso 20 de febrero de 2014]; Perú 62(1): 8 -13. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpp/v62n1/a03v62n1.pdf>
7. Marriner T, Anna. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 6ª ed. España: Masson; 2010.
8. Vargas Y, F. “Enfermería Psicológica”. Tomo X. 2009.
9. Feldman R. *Psicología con Aplicaciones para Iberoamérica*. 2ª ed. México. McGraw – Hill; 2002.

10. Calabria E. Buenas tareas. Noviembre.2011.(11)
11. Brennan F, Carr. Alivio del dolor: Un derecho humano universal. 2004. 51:95
12. Guillen O. "Psicología" 2ª ed. Caracas. Venezuela, 2000.
13. Uribe C. La enfermera ante el paciente moribundo. 1ª ed.
14. López A, Zapico E. Ortega C. Sala de neonatología. Grupo 4.
15. Velásquez C, Moncada L. "Intensidad de respuesta al dolor en neonatos sometidos a procedimientos médico-quirúrgicos menores", Guatemala 2011.
16. Dolopedia. Sobre anestesia y tratamiento del dolor. España.2011.
17. Velásquez C, Moncada L. "Intensidad de respuesta al dolor en neonatos sometidos a procedimientos médico-quirúrgicos menores", Guatemala 2011.
18. Breña D. Protocolo para el manejo del dolor en Pediatría. Revista médica electrón. [en línea] 2009; 31(1). (accesado 03 mayo 2013. 31(1) Disponible en URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol1%202009/tema08.htm>.
19. Cilag J. Dolor, España 2012.
20. Nisbet J e Watt J. Estudio de caso. Nottingham: Escuela de Educación de la Universidad de Nottingham. 2009.
21. Martinez P. Ciencia y Arte de la metodología cualitativa. España.2010.
22. La Investigación Cualitativa: El análisis de contenido en la investigación Educativa.2011 Disponible en: <Http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf> 22 mayo 2013 10pm.
23. Lucke, M. y Andrés M. La Investigación en educación: Los enfoques cualitativos.3ª ed. Educación Publicaciones y Universitaria Ltda. (EPU).Sao Paulo. Brazil.2010.
24. Burns N, Grove S, Investigación en Enfermería. España. 2004.
25. Hernández R, Fernández Collado. Metodología de la Investigación. Mexico: McGraw- Hill.2010.4ºedic.
26. Polit D, Hungler B, "Diseño y métodos en la investigación cualitativa". México: McGraw- Hill Interamericana. 2010. 6ª ed.

- 27.** Bardin, L. Análisis de contenido. Madrid: Edición: Akal. 2010.
- 28.** Sgreccia E. Manual en Bioética. Tomo I: Fundamentos y ética biomédica. 2003. Madrid. pag.182. 2009.
- 29.** Castillo E, Vásquez M. El Rigor Metodológico en la investigación cualitativa. Revista Colombia Medica (Colombia).2010; 28 (3): 164 – 167
- 30.** Ceriani, JM. Manual de procedimientos en Neonatología. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. pag: 253. 2009. Disponible en : http://books.google.com.pe/books?id=rndN3Q6gytMC&pg=PT188&lpq=PT188&dq=ceriani+signos+vitales&source=bl&ots=CYf4_wgspe&sig=0Is4lZeti74CLfZm8XAzWRWagyI&hl=es&sa=X&ei=ofyDVO2qOMWoNpH8gZgE&ved=0CCEQ6AEwAQ#v=onepage&q=ceriani%20signos%20vitales&f=false
- 31.** Garcia A. y Quero J. Neuroconducta. 1º ed. Madrid: Díaz de los Santos, 2011. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=m5nJU2olUboC&pg=PA911&dq=llanto+del+neonato&hl=es&sa=X&ei=gpeDU479JdHhsATso4HABQ&ved=0CD4Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=true>
- 32.** Manejo del dolor en el recién nacido [sede web]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008 [acceso 18 de agosto de 2014]. De Narbona. E, Contreras. F, Garcia, F, Miras M. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología: Manejo del dolor en el recién nacido. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/49.pdf>
- 33.** Cobo. D Daza P. Signos Vitales en pediatría. Rev. Gastrohup [revista en internet]. 2011[acceso 20 de julio 2014]; Vol.13. S58 – S70. Disponible en: <http://revgastrohup.univalle.edu.co/a11v13n1s1/a11v13n1s1art6.pdf>.
- 34.** Aguilar M, Tratado de enfermería infantil: cuidados pediátricos. 2003. Madrid: elsevier science. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=lAX2hkbeBQYC&pg=PA104&dq=llanto+del+neonato&hl=es&sa=X&ei=KoOEU8WBLoqpsQSg7IG4Ag&ved=0CFQQ6AEwBzgK#v=onepage&q=llanto%20del%20neonato&f=true>
- 35.** Nandi-R, Fitzgerald-M. Analgesia opioide en el recién nacido. Bagó [revista en internet]. 2012 [acceso 09 de septiembre de 2014]; Argentina 9(2):105-8. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/dolorweb167.htm>.
- 36.** Martínez A, JA, Cano ME, Nuñez J. y Galvez R. Analgesia postoperatoria en el neonato. [Rev Soc Esp Dolor]. 2002. [accesado 10 de abril del 2014]; 9 (317-327). Disponible en: Http://www.revista.sedolor.es/pdf/2002_05_02.pdf.

- 37.** Marquez, R, E. Manejo del dolor en el neonato [Diapositivas]. México.2010. [accesado 5 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/equachy/dolor-3691360>.
- 38.** Cox, Th. Una evaluación del manejo del dolor postoperatorio en pacientes pediátricos en una enseñanza universitaria; 30: 980-92. 2009.
- 39.** Marriner T, Anna. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ª ed. España: Masson; 2010.
- 40.** Gallegos J, Salazar M, Dolor en el Neonato: Humanización del Cuidado Neonatal. Revista de enfermería neurológica [revista en internet]. 2010 [acceso 10 diciembre de 2013]; México, 9 (1:26-31). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101h.pdf>
- 41.** Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Cuidados Críticos y Neonatales [Sede Web]. Madrid. 2010 [15 de Abril del 2014]. De Marques D. S, L; Ibarra F, A Capítulo 12: Medidas de seguridad, protección y confort. Disponible en: <Http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo12/capitulo12.htm>
- 42.** Aranda JV, Carlo W, Hummel P. Bago: Ética al servicio de la salud. Analgesia y Sedación durante la ventilación mecánica en los recién nacidos [Revista en Internet]. 2007. [acceso 18 de abril del 2014]. 27 (6): 877-899. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/pediatweb439.htm>
- 43.** Cruz M. Fundamentos Actuales de la Terapéutica del Dolor en Pediatría. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Barcelona. 2008; 39(186-196).
- 44.** Álvarez, T. El Dolor en Neonatos. Enfoque Diagnóstico y Terapéutico. Iatreia [revista en internet]. 2007. Abril – mayo [acceso 2 de abril del 2014]; 13 (4). Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/3784>.
- 45.** Stevens, B. Utilidad clínica y la importancia clínica en la evaluación y tratamiento del dolor en los bebés vulnerables. 29: 459-468 – 2010.
- 46.** Marquez R, E. Manejo del dolor en el neonato [Diapositivas]. México.2010. [accesado 5 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/equachy/dolor-3691360>.
- 47.** Bermudez, E. Filosofía y teoría del cuidado traspersonal de Watson [Diapositivas]. Barcelona. 2014. [acceso 20 de mayo del 2014]. Disponible

en: <http://es.slideshare.net/edwinenriquebermudez/filosofa-y-teora-del-cuidado-transpersonal-de-watson>

- 48.** Cadena, JC. Olivera, SS. Pérez, MT. Balseiro, C. Matus, R. Evaluación de la capacitación de enfermería en dos institutos nacionales de salud. Scielo [revista en internet]. 2012 julio – septiembre. [acceso 20 octubre de 2014]; 9 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632012000300003&script=sci_arttext
- 49.** Caciquinho CA, Rosangela Roseni. Educación permanente: una herramienta para pensar y actuar en el trabajo de enfermería. Scielo. [revista en internet]. 2010 noviembre - diciembre. [acceso 15 de noviembre del 2014]; 14 (6). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=SO104-11692006000600002&script=sci_arttext&tlng=es
- 50.** Marqués Andrés Susana. Formación continuada: herramienta para la capacitación. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2014 Dic 09] ; 10(21): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000100020&script=sci_arttext
- 51.** Reyes K. El Buen Trato en las relaciones de cuidado con niños y niñas. Chile. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/adultos/columnas/el-buen-trato-en-las-relaciones-de-cuidado-con-ninos-y-ninas/>

ANEXOS

ANEXO N° 01

**GUÍA DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
DIRIGIDA A LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA**



ESCUELA D ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA

GUÍA DE ENTREVISTA

*“ACTITUD DE LA ENFERMERA FRENTE AL DOLOR DEL NEONATO EN EL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES
– CHICLAYO – 2014.*

OBJETIVO: Analizar y describir la actitud de la enfermera ante el dolor del neonato en el Servicio de Neonatología.

INSTRUCCIONES:

- Responda usted de manera precisa y con veracidad a las siguientes preguntas elaboradas.

DATOS GENERALES:

❖ **Seudónimo:**

❖ **Edad:**.....

❖ Estudios de Post Grado

Especialidad Especifique

Maestría Especifique

❖ Años de servicio en la unidad:**❖ Modalidad de trabajo:**

Nombrado

Contratado

PREGUNTAS:

1. ¿Cómo usted identifica que un neonato tiene dolor?

2. ¿Qué hace Ud. para aliviar el dolor en el neonato?

3. ¿Cómo mejoraría su actuar frente al dolor del neonato?

ANEXO N° 02**HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE DE LA
INVESTIGACIÓN****HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN**

TÍTULO DEL PROYECTO: ACTITUD DE LA ENFERMERA FRENTE AL
DOLOR DEL NEONATO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO – 2014.

NOMBRES DE LAS INVESTIGADORAS: Lourdes del Rosario Burga Collazos y
Rayza Noelia Paredes Agurto

NOMBRE DEL ASESORA: Mgtr. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

Las estudiantes y asesora del trabajo de investigación pertenecen a la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y tienen autorización de Dirección de la Escuela para ejecutar el proyecto.

A continuación se detallan algunas características de su participación en el trabajo de investigación: su objetivo será analizar y describir la actitud de la enfermera frente al dolor del neonato, confidencialidad en la información porque se garantiza que está accesible y únicamente autorizado para acceder a dicha información, seguridad porque es la que vamos a tener con la enfermera al momento de realizar la entrevista.

La participación en el estudio consistirá en responder 4 interrogantes planteadas con un tiempo aproximado de 25 minutos. Además le solicitamos la autorización para ser grabada su voz.

Ante cualquier duda, puede contactarse con las investigadoras:

Fecha: 9 /06 /2014

Nombres y apellidos de las investigadoras Lourdes del Rosario Burga Collazos y Rayza Paredes Agurto

CELULAR: RPC: 973751245

CELULAR: RPM: (#) 942041964

Número de contacto de los investigadores: Mgtr. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

CELULAR: 979581918

TÍTULO DEL PROYECTO: ACTITUD DE LA ENFERMERA FRENTE AL DOLOR DEL NEONATO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO – 2014.

NOMBRES DE LAS INVESTIGADORAS: Lourdes del Rosario Burga Collazos y Rayza Noelia Paredes Agurto

NOMBRE DEL ASESORA: Mgtr. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

Las estudiantes y asesora del trabajo de investigación pertenecen a la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y tienen autorización de Dirección de la Escuela para ejecutar el proyecto.

A continuación se detallan algunas características de su participación en el trabajo de investigación: su objetivo será analizar y describir la actitud de la enfermera frente al dolor del neonato, confidencialidad en la información porque se garantiza que está accesible y únicamente autorizado para acceder a dicha información, seguridad porque es la que vamos a tener con la enfermera al momento de realizar la entrevista.

La participación en el estudio consistirá en responder 4 interrogantes planteadas con un tiempo aproximado de 25 minutos. Además le solicitamos la autorización para ser grabada su voz.

Ante cualquier duda, puede contactarse con las investigadoras:

Fecha: 9 /06 /2014

Nombres y apellidos de las investigadoras Lourdes del Rosario Burga Collazos y Rayza Paredes Agurto

CELULAR: RPC: 973751245

CELULAR: RPM: (#) 942041964

Número de contacto de los investigadores: Mgtr. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

CELULAR: 979581918

ANEXO N° 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

....., identificado con DNI:, declaro que he leído la hoja de informativa que me ha entregado la estudiante del IX ciclo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

He recibido suficiente información sobre la investigación titulada: “Actitud De La Enfermera Frente Al Dolor Del Neonato En El Servicio De Neonatología Del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo – 2014”.

El objetivo General de la investigación es: Analizar y describir la actitud de la enfermera frente al dolor del neonato en el Servicio de Neonatología.

Respecto a mi participación me han explicado que consiste en responder 3 interrogantes planteadas con un tiempo aproximado de 25 minutos. Además me ha informado que la entrevista será grabada. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.

Declaro que acepto prestar libremente mi conformidad para participar en la investigación y autorizo la publicación de los resultados.

Fecha:

Firma del participante de la investigación.

Anexo N° 04

IDIOMA EMIC	IDIOMA ETIC

ANEXO N° 06: PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE ENTREVISTAS A LAS MADRES

<p align="center">ÁREA TEMÁTICA</p> <p align="center">(unidades textuales, pueden ser las mismas preguntas de entrevista)</p>	<p align="center">INDICADORES DE CATEGORÍA EMPÍRICA</p> <p align="center">(elementos de significado)</p>	<p align="center">CATEGORÍA EMPÍRICA</p> <p align="center">(Convergencias en indicadores)</p>	<p align="center">REFERENCIAL TEÓRICO</p> <p align="center">(Marco teórico, texto y contexto)</p>	<p align="center">CATEGORÍAS DE ESTUDIO</p> <p align="center">(Deben responder al objeto, objetivos y sujetos del estudio)</p>

