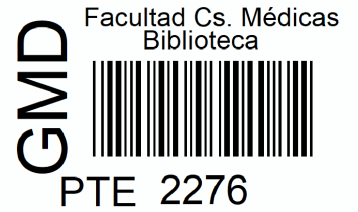


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Nivel de información sobre el dolor neonatal y actitudes que presentan los enfermeros frente al mismo en un servicio de Neonatología de un efector privado de la ciudad de Rosario.

Autora: Enf. Troncoso, Laila Joana  
Directora: Lic. Lonardi, Melisa Andrea  
Docente asesor: Lic. Acosta, Simón  
Consultor: Sr. Medina, Omar

Rosario, 16 de diciembre de 2021

*Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina*

*A ella, que sabía cuándo había dolor y siempre supo calmarlo.*

*A ella, que nunca me dejó caer y siempre confió en mí.*

*A ella, que siempre fue mi guía y lo seguirá siendo desde otro lugar.*

*A mi mamá, gracias.*

## Resumen

---

La valoración y los cuidados de enfermería son muy importantes, ya que ayudan a aliviar o erradicar estímulos dolorosos que se pueden experimentar durante una internación, pero muchas veces, el profesional de enfermería presenta determinadas actitudes, conductuales y emocionales, que afectan en esos cuidados.

Este estudio de investigación tiene como objetivo describir la relación que existe entre el nivel de información sobre el dolor neonatal y las actitudes del personal de enfermería frente al dolor neonatal según edad, sexo, antigüedad en el servicio y formación académica, en el servicio de Neonatología de un efector privado de la ciudad de Rosario entre marzo y abril del año 2022.

Material y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. La población estará conformada por 24 enfermeros asistenciales de un servicio de Neonatología de un efector privado de la ciudad de Rosario. La recolección de datos se realizará a través de un cuestionario y una lista de control, con la consiguiente tabulación de los mismos por variable. Por último, se realizará el análisis de los datos mediante un análisis bivariado.

Palabras claves: Recién nacido, enfermería, nivel de información sobre el dolor, actitudes frente al dolor, cuidado humanizado.

## Índice

---

Resumen y palabras claves	3
Índice General	4
Introducción	5
Estado del arte	5
Planteamiento del problema en estudio	13
Hipótesis y objetivos	13
Marco teórico	15
Material y métodos	29
Diseño	29
Sitio o contexto de la investigación	29
Población y Muestra	30
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	31
Personal a cargo de la recolección de datos	36
Plan de análisis	37
Plan de trabajo y Cronograma	41
Anexos	42
Anexo I: Guía de estudio de convalidación de sitio	43
Anexo II: Consentimiento informado e instrumentos de recolección de datos	44
Anexo III: Resultados del estudio exploratorio	49
Anexo IV: Resultados de la prueba piloto	51
Referencias bibliográficas	53

## Introducción

---

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como *"una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial"*. (Ortiz, Zambrano, Menéndez, Guillermo, & Cadena, 2019) Esta definición menciona un componente emocional, el cual no puede ser expresado por niños cuando aún no hablan. Es por esto que por mucho tiempo los profesionales de la salud han defendido la falsa creencia de que el recién nacido (RN), por no poder expresarlo y por su inmadurez, no experimentan dolor o este es mejor tolerado. Hoy se acepta que, dada la imposibilidad de verbalización, el RN puede expresar el dolor a través del comportamiento. Actualmente, existen suficientes investigaciones que demuestran que los RN no sienten menos dolor ni lo toleran mejor, e incluso existen diversas escalas de valoración que facilitarían determinar el grado de dolor y su tratamiento. Estas escalas fueron estudiadas y validadas, pero no siempre se podrán adaptar a toda población neonatal de diversos contextos y también dependerá de la capacitación de cada grupo de enfermería. (Chattás, 2020)

La base de la enfermería es cuidar al individuo y su entorno, es velar por su salud a partir del desarrollo de habilidades como la observación, la perseverancia y el ingenio. Para esto, el enfermero debe tener conocimientos teóricos y habilidades prácticas capacitadas para lograr esa observación y brindar los cuidados necesarios para la promoción de su salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades, de esta manera se puede intervenir con hechos y no solamente a través de una opinión. (Amaro Cano, 2004). Es por esto que la formación en la carrera de enfermería es de gran importancia para el desarrollo de la profesión. Cuando los contenidos en valores y conocimientos son escasos, los enfermeros no contarán con los medios posibles para satisfacer las necesidades del paciente, llevando a una deshumanización del cuidado. (Arriaga & Obregón, 2019)

Para brindar un cuidado humanizado de calidad, el enfermero debe contar con herramientas como lo son los conocimientos y actitudes positivas aprendidas sobre cada cuidado. No solo implica el desarrollo profesional, ya que estos cuidados también se ven afectados tanto por aspectos sociodemográficos como del entorno laboral de los enfermeros. La actitud se define como la forma de reacción, son respuestas aprendidas,

sean positivas o negativas. Respecto a la actitud del enfermero se relaciona con las conductas que toma sobre el cuidado de los pacientes. (Arriaga & Obregón, 2019)

En base a los artículos recopilados, se puede percibir que se carece de estudios sobre el nivel de información y las actitudes de las enfermeras frente al dolor neonatal. En Argentina no hay evidencias de lo que sucede respecto al dolor del RN en las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN), ni unificación de criterio en uso de escalas de medición del dolor neonatal. Sin embargo, se pueden retomar ciertas contribuciones precedentes para delimitar nuevas líneas investigativas que nos permitan acercarnos a la posible relación de estas variables en estudio.

Una de las investigaciones, expone que las escalas clínicas son el mejor método para evaluar el dolor en el neonato, dada su imposibilidad de verbalizarlo. Fue un estudio de tipo observacional, longitudinal y prospectivo que incluyó a 30 unidades neonatales y participaron 468 neonatos. Tuvieron como objetivo determinar las prácticas actuales en relación con la valoración clínica del dolor en España y los factores asociados al uso de escalas clínicas. Como resultado, obtuvieron que solo 13 unidades (43,3%) contaban con protocolos de valoración del dolor, se evaluó el dolor con una escala en 78 neonatos y del total de 7.189 días-paciente estudiados, 654 (9,1%) conllevaron al menos una valoración del dolor. Por otro parte, veinte de las unidades neonatales (66,7%) no realizaron evaluación del dolor con una escala clínica en ningún paciente. Entre las que sí lo hicieron, se observó una gran variabilidad en el porcentaje de pacientes en los que se evaluó el dolor y en las escalas utilizadas. La escala Crying requires increased oxygen administration increased vital signs expression sleeplessness (CRIES) fue la que se usó en más unidades. En el análisis multivariante solo la ventilación mecánica invasiva se asoció a recibir valoración del dolor con una escala. En conclusión, la mayoría de los neonatos ingresados en cuidados intensivos en España no recibe una valoración del dolor. Muchas unidades todavía no utilizan rutinariamente las escalas clínicas y entre las que las utilizan existe una gran variabilidad. Estos resultados pueden servir de base para la elaboración de guías nacionales al respecto del dolor en el neonato. (Avila Alvarez, y otros, 2016)

Otro artículo que se encontró, tuvo como objetivo determinar la relación entre conocimiento y aplicación de cuidados ante el dolor neonatal. Fue un estudio correlacional, cuya población estuvo conformada por 41 enfermeras de un hospital de Lima, donde

utilizaron un cuestionario de conocimiento y guía de observación. Como resultado obtuvieron que el 51,2% de los profesionales contaban con un buen conocimiento, un 87,8% aplicaron medidas para aliviar el dolor y se encontró que hubo relación entre conocimiento y aplicación de medidas, y entre conocimiento con las medidas no farmacológicas y farmacológicas. En conclusión, el conocimiento del profesional de enfermería se relaciona con las medidas de aplicación en el alivio del dolor neonatal. (Soto Hilario & Veramendi Villavicencios, 2017)

A través de un estudio descriptivo-correlacional, de corte transversal, cuya población estuvo constituida por 52 neonatos, en un porcentaje igual de sexo masculino y femenino, hospitalizados en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, en el período de junio a septiembre del año 2015, se valoró la intensidad del dolor en los recién nacidos frente a procedimientos que realiza enfermería como parte del cuidado y tratamiento cotidiano. El mismo se sustentó desde la visión humanista del cuidado de Jean Watson y para la valoración del dolor aplicaron la escala de dolor de Susan Givens Bell y un cuestionario semiestructurado de variables sociodemográficas. De allí, obtuvieron como resultados que el mayor número de procedimientos realizados fue la colocación de sonda orogástrica, punción venosa y arterial, siendo esta última la causante de dolor moderado en el neonato. En tanto, sobre el nivel de dolor manifestado, obtuvieron que, un 42,3% presentó dolor intenso, el 23,1% dolor moderado y un 34,6 % no presentó dolor. Con esos resultados, llegaron a la conclusión que los prematuros menores de 37 semanas sintieron mayor dolor que los recién nacidos de término, respecto al peso de nacimiento, se observó que, a mayor peso, mayor es el dolor, y por último, a mayor APGAR al nacer, mayor es el dolor. (San Martín, Valenzuela, Huaiquian, & Luengo, 2017)

Un estudio realizado en España, describe las percepciones del personal de enfermería frente al dolor en Servicios de Neonatología, con el propósito de conocer cuáles son las áreas de mejora en el manejo del control del dolor neonatal para diseñar estrategias formativas y de mejora en la calidad asistencial. El objetivo de esta investigación fue describir las percepciones del personal de enfermería de unidades neonatales sobre el manejo del dolor, conocer el perfil formativo y describir el uso de herramientas de valoración del dolor y de medidas no farmacológicas. Realizaron un estudio multicéntrico observacional descriptivo y transversal, desarrollado en la neonatología de tres hospitales de Madrid. El instrumento de recolección de datos fue un

cuestionario de elaboración propia que se aplicó a 142 profesionales. Como resultado del mismo obtuvieron que el 47,9% (68) recibió formación específica sobre el manejo del dolor, el 39,5% (56) refirió que el dolor se evalúa de forma habitual en su unidad y solo el 43,6% refirieron utilizar escalas validadas, siendo la Premature Infant Pain Profile (PIPP) la más usada. La contención, la succión no nutritiva y la sacarosa son las medidas no farmacológicas más usadas y se identificó la canalización intravenosa como el procedimiento más doloroso. En conclusión, el manejo del dolor está en vías de mejora sea por formación como por la escasa evaluación a través de escalas validadas, aun así, destacaron la mejora en el uso de medidas no farmacológicas. (Collados Gómez, Camacho Vicente, González Villalba, Sanz Prades, & Vaquerizo, 2018)

Otros autores, tuvieron como objetivo determinar la efectividad de un programa educativo para el personal de enfermería sobre el manejo del dolor, cuyo método utilizado fue un diseño pre-experimental con pretest-postest. La población de estudio fueron 42 enfermeros de dos instituciones de salud del sector público. Como instrumento de medición se utilizó una cédula sociodemográfica y para la medición del conocimiento el cuestionario Conocimiento y Actitudes respecto al dolor. Como resultado, posterior a la intervención educativa, se observó un aumento en el conocimiento del personal de enfermería y fue efectivo para mejorar el manejo del dolor en los pacientes ya que a partir de ello brindaron una mejor atención y cuidados. (Ortega López, y otros, 2018)

El siguiente estudio, realizado en Quito, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería en relación al manejo del dolor, utilizó los conocimientos del autor adquiridos con la experiencia y bases teóricas. El método fue cuanti-cualitativo, de campo no experimental y de nivel exploratorio, con una muestra de 16 enfermeros. Como instrumento se aplicó una encuesta de 10 ítems con respuestas cerradas elaborada en base a criterios de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y la Unidad de cuidados paliativos domiciliarios (UCPD) de Segovia. Como resultado obtuvieron que el 25% no alcanzó la excelencia en conocimientos de manejo del dolor, el 56% no evalúa constantemente su evolución, el 13% ni tiene claro qué escala utilizar para evaluar la intensidad de dicho síntoma, el 19% ignora las medidas no farmacológicas para su manejo. Con esto, concluyeron que a pesar de que el personal tiene muy buen nivel de conocimiento en relación al tema, es insuficiente para satisfacer la

necesidad de alivio del dolor en el recién nacido. (Peñaloza Rojas, Contreras Barreto, Beltrán Hernández, & Michilena Osorio, 2018)

Otra investigación, también llevada a cabo en Quito (Ecuador), realizó un estudio descriptivo y transversal, utilizando 760 historias clínicas de neonatos cuyo tamaño de la muestra fue de 227 historias clínicas de pacientes con edades entre 0-28 días que permanecieron un periodo mínimo de 4 días de hospitalización en el servicio de neonatología. Aplicaron una lista de chequeo con parámetros que evidenciaron las variables valoración, causas, complicaciones y manejo del dolor en neonatos, con el objetivo de evaluar el manejo del dolor por parte del personal de enfermería. Como resultados, obtuvieron que, del total de historias clínicas revisadas, el criterio más utilizado para evaluar el dolor fue el parámetro de desaturación de oxígeno, como mayor causante de dolor fue la aplicación intramuscular de vitamina K, la principal complicación que encontraron fue la hipoglicemia y, en cuanto al manejo del dolor, determinaron que el 100% del personal de enfermería no utiliza medidas farmacológicas ni tampoco no farmacológicas para el manejo y prevención del mismo. En conclusión, se evidenció la urgencia de la implementación del uso de escalas de valoración, manejo y prevención del dolor en neonatos por parte del personal de salud para disminuir el riesgo de complicaciones. (Zurita Núñez, Paredes Pallo, Rueda Garcia, & Méndez Padilla, 2020)

En esta investigación se encontró que tuvieron como objetivo evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en médicos sobre la valoración y manejo del dolor neonatal, realizando un estudio multicéntrico, no experimental, cuantitativo y descriptivo de corte transversal. Utilizaron como instrumento de medición una encuesta online, semi estructurada y auto administrado de 25 preguntas a 183 médicos de 16 provincias de Ecuador que trabajan directamente con neonatos y que aceptaron participar en el estudio. Como resultado obtuvieron que existe una abrumadora deficiencia en el conocimiento, las actitudes y las prácticas en el manejo del dolor neonatal en médicos del Ecuador, los que obtuvieron un menor puntaje (< del 70%) fueron médicas mujeres entre 25 y 35 años de edad que trabajan en un nivel de salud 1 y 2 de complejidad, que no tienen la especialidad ni alcanzan el nivel 4 de formación. (Ortiz, Zambrano, Menéndez, Guillermo, & Cadena, 2019)

En un estudio realizado en Argentina, se analizó la reacción de los recién nacidos prematuros ante procedimientos dolorosos de rutina, en donde también se pudo observar

las reacciones del personal de salud ante los procedimientos dolorosos realizados al bebé, lo cual hizo que se interesen en el manejo del dolor y encuentren soluciones alternativas cuando no disponían de lo necesario para paliar ese sufrimiento. Como hallazgos, durante su observación, establecieron que no existía un protocolo específico en las terapias para paliar el dolor, sino que el tratamiento queda a criterio de quien atendiera al paciente. Durante la investigación, el personal de salud tuvo interés en obtener información sobre el mismo, lo que logró ciertos cambios en el tratamiento del dolor de los recién nacidos y comenzaron a aplicar con mayor frecuencia técnicas no farmacológica para disminuir el dolor. Como consideración final expresa que pasó de ser psicóloga observadora no participante a tener cierto grado de participación ya que surgió la necesidad de un trabajo interdisciplinario. (Gómez, 2019)

Otra investigación realizada en Argentina, tuvo como objetivo proveer una guía de estandarización para la valoración y cuidado del recién nacido con tratamiento de dolor, internado en la neonatología de un hospital provincial de la ciudad de Córdoba, cuyo alcance sea tanto al personal de enfermería, médicos y padres de los recién nacidos. Concluyen en incluir la escala de Susan Givens Bell en el plan de cuidados habituales de enfermería y en los pacientes cursando el post operatorio inmediato utilizar la escala CRIES, valorando el dolor mediante las escalas propuestas, registrándolo en la hoja de enfermería o instrumento creado para tal fin. (Sandes, 2019)

En relación a los tratamientos del dolor neonatal, en el siguiente estudio se tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimiento e intervenciones no farmacológicas del profesional de enfermería para reducir dolor y estrés neonatal en un hospital de Paraguay. El estudio fue observacional, descriptivo, de corte transversal con enfoque cuantitativo, donde se evaluaron a 36 licenciados en enfermería. El método para la recolección de datos fue la encuesta, empleando como técnica la entrevista y el instrumento fue el cuestionario. En los resultados obtuvieron que la mayoría tenía entre 31 y 40 años de edad, predominaba el sexo femenino y tenía una antigüedad de 1 a 10 años. Se identificó que un reducido grupo conocía las intervenciones no farmacológicas para reducir el dolor y el estrés, y la gran mayoría las realizaba. Esto refleja la carencia en base a los conocimientos y la adquisición empírica de las prácticas. (Romero Vallejos & Rodriguez Riveros, 2019)

En este estudio se plantea que en toda unidad de neonatología se deben consensuar estrategias de prevención, evaluación y manejo del dolor neonatal, con el propósito de unificar criterios de atención de los recién nacidos frente a las diferentes situaciones generadoras de dolor y estrés a las que se enfrentan durante la internación. A través de este artículo, analizaron las escalas PIPP, System Neonatal Facial Coding (NFCS) y Neonatal Pain and Sedation Scale (N-PASS) validadas para evaluar el dolor y guiar las estrategias para su abordaje, pero destacan que es importante que cada servicio elija una única escala para ser aplicada según las características de su población. Además, desarrollaron los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos recomendados ante diversos procedimientos. Como conclusión, resaltan que el dolor existe aún en los neonatos más inmaduros y que su manejo debe ser integral, individualizado y responsable para optimizar el confort. (Dra. Jonusas, y otros, 2019)

La siguiente investigación fue un estudio descriptivo, transversal y observacional en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de un hospital universitario de nivel terciario, cuyo instrumento utilizado fue el cuestionario Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain traducido al español para lograr su objetivo que era conocer el nivel de conocimientos de 37 enfermeras y las actitudes que manifiestan hacia el manejo del dolor en su práctica diaria, así como relacionarlo con sus datos sociodemográficos. Las 37 enfermeras que participaron en el estudio tuvieron una puntuación media de 5,87 sobre 10, pero se observó que las enfermeras con formación máster obtuvieron puntuaciones medias significativamente más altas en el cuestionario. En conclusión, las enfermeras poseen conocimientos y actitudes insuficientes en relación al dolor, aunque la formación de máster mejora los resultados obtenidos en el cuestionario. (Taínta, Arteché, Martín, Salas, & Goñi, 2020)

Del presente artículo se abordan los mitos que tienen los profesionales de enfermería respecto al dolor, como la creencia de que el neonato al presentar una mielinización incompleta, el sistema nervioso no es capaz de sentir el dolor, además de que no puede referir, describir, localizar, y manifestar la intensidad del mismo, lo que lo vuelve aún más subjetivo. Así mismo, los profesionales de enfermería no cuentan con programas académicos que los formen sobre el tema. Hay un gran desconocimiento respecto a la influencia del dolor en el neurodesarrollo del RN y se minimiza el cuidado no farmacológico, considerándolo un placebo. Estos mitos impiden que el manejo del dolor sea

parte del plan de cuidados de enfermería, con su adecuada valoración y tratamiento. (Chattás, 2020)

Por último, en este artículo se tuvo por objetivo revisar y valorar los principios generales del dolor en las etapas iniciales del desarrollo, su reconocimiento mediante el uso de escalas protocolizadas y científicamente aprobadas, y la prevención y manejo del mismo, con la combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Su propósito fue establecer recomendaciones que ayuden a aliviar el dolor en la práctica clínica diaria optimizando el control del dolor y el estrés en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Como conclusión concordaron en que el dolor debe evaluarse de manera sistemática y con protocolos, para optimizar el manejo del mismo, como así también tener presente el impacto que causa el inadecuado control del dolor en el neurodesarrollo del neonato, tanto a corto plazo como en el desarrollo de su vida. (Espinosa Fernández, y otros, 2020)

Las actitudes frente al dolor neonatal varían entre el personal de enfermería, desde lo profesional hasta lo personal, lo que se convierte, en un reto difícil el brindar un cuidado integral e individualizado. Por eso, y debido a que se observó que en el servicio no cuentan con rutinas ni protocolos de valoración y tratamiento del dolor neonatal, la presente investigación en su carácter innovador para la sala de neonatología, tiene como propósito establecer un protocolo de manejo del dolor en el neonato y a partir del mismo, planificar al menos una capacitación para dar a conocer el mismo y aumentar los conocimientos en el personal de enfermería, ya que desde su profesionalismo debe posicionarse en un rol de compromiso y de actualización constante para continuar formándose teórica, técnica y emocionalmente, y que le permita tomar decisiones con autonomía, reflexionar sobre el proceso de atención de enfermería tanto en la prevención, como en la valoración y tratamiento del dolor, lo que conlleva a poder brindar cuidados humanizados, individualizados, de calidad, seguros e integrales al bebé y su familia. Para ello, se darán a conocer los resultados que arroje la investigación, quedando a disposición de las autoridades a cargo del servicio y la institución a fin de que puedan evaluarlos y emprender las medidas propuestas por la investigadora para seguir garantizando una atención de excelencia en la UCIN, manteniendo así, al sanatorio como organización modelo y de referencia, en la ciudad y región.

## **Planteamiento del problema en estudio**

¿Qué relación existe entre el nivel de información sobre el dolor neonatal y las actitudes del personal de enfermería frente al dolor del neonato según edad, sexo, antigüedad en el servicio y formación académica, en el servicio de Neonatología de un efector privado de la ciudad de Rosario entre marzo y abril del año 2022?

## **Hipótesis**

La hipótesis que se sostiene es que, con un mayor nivel de información sobre el dolor neonatal, las actitudes del personal de enfermería serán favorables frente al dolor de los recién nacidos.

Otra hipótesis es que el personal de enfermería de sexo femenino, con mayor edad, nivel de formación y antigüedad en el servicio tendrán actitudes favorables frente al dolor del neonato en comparación con el sexo masculino.

## **Objetivo general**

El objetivo general es describir la relación que existe entre el nivel de información sobre el dolor neonatal y las actitudes del personal de enfermería frente al dolor neonatal según edad, sexo, antigüedad en el servicio y formación académica, en el servicio de Neonatología de un efector privado de la ciudad de Rosario entre marzo y abril del año 2022.

En tanto, los objetivos específicos son:

- Determinar la edad, el sexo, la antigüedad en el servicio y la formación académica de los enfermeros del servicio.
- Identificar el nivel de información sobre generalidades del dolor neonatal que poseen los enfermeros.
- Identificar el nivel de información sobre la valoración del dolor neonatal que poseen los enfermeros.
- Identificar el nivel de información sobre el tratamiento no farmacológico del dolor neonatal que poseen los enfermeros.
- Analizar las actitudes conductuales del personal de enfermería frente al dolor neonatal.

- Analizar las actitudes emocionales del personal de enfermería frente al dolor neonatal.
- Determinar qué relación existe entre el nivel de información sobre el dolor neonatal y las actitudes de enfermería frente al mismo.

## Marco teórico

---

Como primer sustento de esta investigación, se plantea la Teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, en donde uno de sus fundamentos es la concepción del hombre como ser racional que usa la información para hacer juicios, evaluaciones y tomar decisiones, con capacidad para explicar los factores sociales, cognitivos, afectivos y conductuales que intervienen en la formación y el cambio de actitudes. A partir de esta consideración del hombre, construyeron un modelo tecnológico para la predicción del cambio de conducta, mediante la modificación de las creencias, o base informativa, que subyace a las actitudes y normas subjetivas, que condicionan y determinan la intención de conducta, es decir que, se basa en un paradigma de que los seres humanos, antes de actuar, hacen uso sistemático, detallado y racional de la información que poseen sobre las posibles implicaciones antes de ejecutar una conducta.

Por actitud se entiende una predisposición aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable con respecto a un objeto o situación dada. A partir de ella, se desarrollan tres componentes: cognoscitivo, afectivo y comportamental. El primero es el conocimiento, la opinión, una idea, creencias o pensamientos ante algo o alguien, lo afectivo se refiere a los sentimientos, y el comportamental se refiere a la conducta que expresa ante la presencia del objeto, persona o situación. Con estos componentes, se aprende qué pensar, qué sentir y qué hacer, por esto se contempla a las actitudes como cualidades aprendidas por las cuales se responderá consistentemente de una manera, sea esta, positiva o negativa. A su vez, la acción del ser humano, está influenciada por tres factores, la evaluación positiva o negativa de la conducta, es decir la actitud que lo lleva hacia una determinada conducta, la percepción de la presión social para realizar o no la conducta y la capacidad percibida para realizar la conducta, es decir su autoeficacia. Las actitudes, también se ven influenciadas por las características sociodemográficas, la personalidad, creencias personales y culturales, es decir, aquellas ideologías que ha formado el profesional de enfermería. Estas ideologías pueden estar determinadas por teorías y modelos de enfermería que señalan qué es lo que se espera en el proceso de atención ante los cuidados que se brindan. Una de las teorías con gran aporte a la enfermería es la de cuidado humano, de Jean Watson, en donde destaca las interrelaciones eficaces,

auténticas y empáticas con el paciente, reconociendo que la comprensión intelectual y emocional del cuidado es diferente, pudiendo experimentar tanto sentimientos positivos como negativos. El arte del cuidado es la esencia de enfermería que se distingue por la atención integral del ser humano, abarcando lo biológico, psicológico, social y espiritual, por esto, cuidar es el cimiento moral del enfermero, para el cual es necesario un análisis y pensamiento crítico, con alto nivel de habilidades técnicas, conocimientos científicos y gran sensibilidad humana para centrarse en el respeto a la unicidad de cada persona y responder a sus necesidades particulares sin generalizar. Pero no sólo se requiere de capacidad técnica para el ejercicio de enfermería, sino también una capacidad de percibir y comprender al paciente en su experiencia existencial, respondiendo a sus necesidades. Como ya vimos, las actitudes forman parte de nuestra vida y de nuestro comportamiento, poseemos múltiples actitudes a favor o en contra de algo o alguien, pero al ser aprendidas son susceptibles de modificación. Aunque esto no significa que todas nuestras actitudes puedan modificarse, ya que muchas de ellas suelen ser estables y se mantienen, otras pueden experimentar pequeños cambios o variar por completo. Esto sucede ante la exposición a otra información, a otros grupos o nuestra experiencia personal, que pueden cambiar nuestras actitudes, así como incorporar otras nuevas. Los profesionales de la salud debieran fomentar continuamente la adquisición de aquellas que benefician a la salud, ya que conocer nuestras actitudes, las de los pacientes y las familias que vamos a atender, nos va a ser muy útil porque, está demostrado que nuestras actitudes repercuten en la de nuestros pacientes, a través tanto de la comunicación verbal como no verbal, y por supuesto que en el cuidado. (Espinoza Venegas, Luengo Machuca, & Sanhueza Alvarado, 2016) (Arriaga & Obregón, 2019) (Castillo Vargas, 2018)

El cuidado humanizado puede definirse como una actividad que requiere de un valor personal y profesional, encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera – paciente, de tal forma que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un adecuado cuidado en los pacientes. Los enfermeros deben identificar, evaluar y aplicar estos cuidados a los pacientes, basados en la teoría de Watson, la cual se basa en la armonización de mente, cuerpo y alma, a través de una relación de apoyo y confianza con el paciente. El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar,

conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se necesita conocer el entorno de la persona, cuáles son sus limitaciones y sus necesidades, para poder saber cómo responder a esas necesidades, y cuáles son los propios poderes y limitaciones del profesional. Se necesita de paciencia para dejar al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera. La paciencia incluye la tolerancia, la cual expresa respeto por el crecimiento de cada persona. Se debe ser sincero, ya que, al cuidar de otro, se debe ver al otro tal como es y no como me gustaría que fuese, o como sienta que debiese ser, es atender a sus necesidades de cambio. También se debe confiar y tener esperanza en que los cuidados brindados favorecen al crecimiento de cada persona a su tiempo. Los cuidados son desarrollados por profesionales de enfermería con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que asisten a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud. Que sea seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnologías, humanístico, centrado en la persona y su familia son algunos de los elementos que permiten humanizarlos. Por último, se cree conveniente detallar las seis dimensiones que plantea Watson frente al cuidado humano transpersonal: en primer lugar, satisfacer las necesidades humanas individual y grupal, dentro de una comunidad, de manera integrativa y holística. En segundo lugar, habla de las habilidades y técnicas de la enfermera, que sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad del mismo. En tercer lugar, respecto a la relación enfermera-paciente, señala que la comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, permite conocer su estado de salud y estar actualizados respecto a su enfermedad y tratamientos. Para una adecuada comunicación es necesaria la sensibilidad, el desinterés y ser receptivo, también es necesaria la honestidad. En cuarto lugar, es necesario el autocuidado del profesional, el cual es la esencia de la enfermería y comprende las acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada. En quinto lugar, establece la importancia de los aspectos espirituales del cuidado enfermero, donde la espiritualidad, fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida son fenómenos esenciales para una recuperación de calidad en el paciente, es por esto que el cuidado espiritual debe ser brindarse con responsabilidad, respeto y dedicación al paciente. En último lugar, los aspectos éticos del cuidado, es decir, las razones de los comportamientos en la práctica de la disciplina, los principios que la regulan, las motivaciones y los valores. El cuidado

humanizado debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud.

Se ha señalado, sin embargo, que el cuidado se está inclinando hacia la deshumanización, donde el conocimiento del cuidado está centrado solo en el desarrollo de habilidades, técnicas limitadas, aplicación de protocolos y guías de procedimientos que en ocasiones no responden en su totalidad a las necesidades de cada paciente, incluso se ha demostrado que el profesional tiene una mayor formación científica, pero esta es insuficiente cuando las actitudes positivas no acompañan y no se brindan cuidados individualizados. (Guerrero Ramírez, Meneses La Riva, & De la Cruz Ruiz, 2016) Para finalizar con esta teórica, ícono de aportes en enfermería, es interesante dejar explícita una de sus frases con la cual se identifica el presente trabajo: *“Seamos luz dentro de tanta oscuridad”* (Jean Watson). (Núñez Cascante, 2017)

Otra teoría relacionada al cuidado y actitudes es la de la enfermera Ernestine Wiedenbach. Sus aportes fueron de gran importancia para el área materno-infantil, entre ello se destaca el término ayudar, el cual fue su principal preocupación. A partir de esto, sostenía que el objetivo de la enfermería era identificar las necesidades y dar comodidad a los pacientes, lo cual se podría lograr a través de la observación de los comportamientos, descifrar el significado de ellos, determinar qué los causaría y, por último, analizar cómo resolverlo y poder aliviar ese dolor. Indica que en este proceso son importantes los sentimientos y pensamientos, ya que son herramientas que determinan las actitudes de los enfermeros ante las necesidades de cuidado que expresa el paciente. Las actitudes que asuman los enfermeros frente al dolor, serán de gran aporte en la prevención y tratamiento del dolor, en especial para la formación de nuevos protocolos. (Raile, 2018)

La esencia de la enfermería es cuidar, brindar asistencia y cuidado directo al paciente y su familia, cuya finalidad es cubrir sus necesidades básicas, y más en aquellos con alto nivel de dependencia como lo son los recién nacidos que no logran tener autonomía en diversos aspectos. Esto los convierte en pacientes de alto riesgo por su inmadurez fisiológica que se verá aún más vulnerable por diversas patologías y extrínsecamente, por los factores externos, como son procedimientos invasivos, ruidos, iluminación, manipulación, que son de gran influencia en el ambiente del neonato. Teniendo en cuenta que es un paciente no verbal y que depende principalmente de

enfermería, durante su estadía en una neonatología, es que es fundamental perfeccionar y actualizar constantemente los conocimientos y las habilidades para una adecuada valoración que pueda identificar las necesidades y cuidados propios de enfermería para el recién nacido y su familia. (Lozano-Domínguez, Macías-Solórzano, & Vargas-Aguilar, 2017)

Esto nos lleva a relacionar la importancia de un adecuado nivel de información con la teoría crítica, que asociada a la enfermería corresponde al pensamiento crítico que necesitan los enfermeros para la aplicación del proceso de atención a sus pacientes, donde deben estar en constante replanteamiento y evaluación de los cuidados que brindan, es decir que la aplicación del pensamiento crítico, requiere la transformación del conocimiento teórico en conocimiento aplicado, lo que favorece la práctica consciente y basada en la mejor evidencia disponible. El pensamiento crítico es una habilidad deseada y de gran importancia para la práctica de la enfermería que, al igual que muchas técnicas, requiere de entrenamiento.

Para lograr esta habilidad es necesario proveer de estrategias de pensamiento para la construcción del propio conocimiento crítico, que les permita pensar de manera eficaz ante distintos escenarios, tanto en el ámbito personal como profesional, y que permanezca constantemente actualizado para poder aplicarlo adecuadamente. Una herramienta orientada a la atención de los pacientes, que requieren y facilitan la aplicación del pensamiento crítico, es a través de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), definida como la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible en relación al conocimiento enfermero para la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades, e incorporando la destreza profesional en la toma de decisiones. Este es un proceso sistematizado y dinámico, que se organiza en cinco etapas: comienza por la formulación de una pregunta clínica, luego, se realiza la búsqueda de bibliografía como sustento para responder a la pregunta, para ello, se necesita una lectura crítica de la misma para la implementación y evaluación de esta aplicación, que generará una nueva pregunta, dando comienzo a un nuevo ciclo, cuyo objetivo es facilitar la inclusión de la evidencia científica en las decisiones del proceso de atención de enfermería, es decir, llevar a la práctica clínica la evidencia obtenida. Otra herramienta, es la reflexión crítica, entendida como el proceso que une el entendimiento inicial de una situación a un entendimiento más profundo, y que permite enlazar la teoría

con la práctica, siendo un paso fundamental para la aplicación real del pensamiento crítico.

Un viejo paradigma de enfermería la establece como una mera administradora de técnicas, pero el nuevo paradigma del siglo XXI permite la evolución hacia la práctica reflexiva, a través del pensamiento crítico que fomenta la autonomía de la profesión. El desarrollo de programas de formación continua que favorezcan el entrenamiento del pensamiento crítico en el profesional y la inclusión del desarrollo de ello en la carrera, parecerían ser las estrategias apropiadas para promover el crecimiento de la autonomía profesional. Por otro lado, existen dos dimensiones que conforman el pensamiento crítico: la dimensión cognitiva y la dimensión afectiva, que se expresan de manera holística. Los enfermeros que desarrollen completamente una actitud reflexiva en los procesos de atención, mejorarán la calidad del mismo, ya que aplicado desde la reflexión crítica, científica y holística, permite actualizar el proceso de atención del paciente y su familia, con la finalidad de afrontar los actuales desafíos, ya que la disciplina de enfermería no es solo realizar alguna técnica de cuidado, sino también reflexionar acerca de esa acción, con el fin de analizar la situación individual de cada paciente, pensando y considerando los posibles cuidados de enfermería, incluyendo los sentimientos y circunstancias de su entorno.

Para comprender cuál es el mejor cuidado, es de gran importancia la rama de la investigación como aspecto esencial de nuestra formación y nuestra rutina, no solo para determinar el cuidado de cada paciente individual, sino apuntar a mejorar los servicios de salud en general. Lamentablemente, la investigación en el área neonatal y pediátrica no ha sido muy desarrollada, es por eso que muchos de los cuidados que se implementan no han sido probados como seguros y eficaces o, por ejemplo, el dolor que ha sido subestimado en los neonatos por falta de estudio e investigaciones. Antes, se solía seguir una enseñanza o aplicar un cuidado por directiva de un colega, pero hoy se cuenta con otra formación que permite enfermeros autónomos, con pensamiento crítico y que actúen con una mirada reflexiva, lo que logra brindar cuidados humanizados independientes de enfermería, que ayudan a afrontar la estadía de internación de una mejor manera e incluso acortar el tiempo de la misma. Es por esto, de la importancia del pensamiento crítico como factor indispensable para la aplicación consciente, de la mejor evidencia disponible en el

cuidado cotidiano del paciente y su familia. (Estrada Zapata, 2019) (Dra. Serra & Esp. Soria, 2017) (Esp. Scotto & Esp. Silva Suárez, 2021)

Por lo expuesto a partir de las mencionadas teorías, se abordará información pertinente al trabajo de investigación, con la intención de aportar mayor conocimiento sobre el tema.

El dolor, según la International Association for the Study of Pain (IASP), es definido como *“una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial o descrita que puede tener consecuencias negativas tanto en el momento agudo como en el desarrollo posterior del recién nacido”*. (Ortiz, Zambrano, Menéndez, Guillermo, & Cadena, 2019). Puede ser clasificado por su fisiopatología en Nociceptivo, que puede ser somático o visceral y es causado por la activación de nociceptores localizados en las vísceras, y Neuropático causado por el daño en la estructura o por disfunción de las neuronas del sistema nervioso central o periférico. También se lo clasifica según su duración en Agudo, Crónico, Episódico, Inter recurrente y Dolor de fin de dosis. Cual fuera que sea la clasificación del dolor, puede ser prevenible, y es por esto que es de gran importancia la identificación precisa del mismo para abordar su manejo rápido y de la mejor manera. El dolor genera estrés, con o sin manifestación externa, es perjudicial para el cerebro en desarrollo y ocasiona efectos a corto y largo plazo, los que incluyen alteración en la percepción neuroanatómica del dolor, generando problemas en el vínculo con los padres y en la alimentación, cambios conductuales y emocionales, así como trastornos y dificultad en el aprendizaje, además puede aumentar la morbilidad y mortalidad. (Sandes, 2019)

El adecuado manejo del dolor es reconocido como un derecho humano, por lo que la sociedad americana del dolor lo considera como el quinto signo vital, siempre debe ser registrado y evaluado. Sin embargo, al tratarse de un dato subjetivo, experimentado y referido de forma única por cada paciente y aunque resulte difícil su valoración, evaluación y manejo, son los enfermeros los más indicados para llevar el control del mismo, ya que son ellos los que cuidan y acompañan las 24 horas del día al paciente y su familia. Pero para que los profesionales sean capaces de identificar, evaluar, tomar medidas de alivio del dolor y comprobar su eficacia, necesitan una serie de conocimientos técnicos y científicos, así como actitudes que favorezcan su abordaje. (Taínta, Arteché, Martín, Salas, & Goñi, 2020)

Debido a que demostrarlo en las etapas preverbiales de la vida es muy difícil, durante muchos años, los profesionales sostenían la falsa creencia de que el recién nacido no era capaz de sufrir dolor o este era mejor tolerado, debido a su falta de madurez biológica. A pesar de que existen datos suficientes para afirmar que el neonato si es capaz de percibir dolor, lo que genera una mayor conciencia y reconocimiento de esta realidad por parte del equipo de salud, las estrategias para lograr un adecuado manejo del dolor en los RN suelen ser ineficaces y, desafortunadamente, continúa siendo poco reconocido e inadecuadamente tratado. La prevención y manejo del dolor debe ser prioridad en la atención de cada neonato, para ello, cada servicio debe contar con un programa de estrategias para la evaluación del dolor mediante escalas validadas diseñadas para tal fin, minimizar el número de procedimientos dolorosos y manipulación, disminuir los estímulos ambientales, y utilizar protocolos que incluyan el uso de medidas no farmacológicas y farmacológicas antes de cualquier manipulación. Por lo tanto, para garantizar un adecuado manejo del dolor, antes de realizar un procedimiento se debe normalizar qué escala y estrategia se aplicará y qué circunstancias pueden requerir aportes adicionales o ajustes terapéuticos. (Taínta, Arteché, Martín, Salas, & Goñi, 2020) (Collados Gómez, Camacho Vicente, González Villalba, Sanz Prades, & Vaquerizo, 2018) (Dra. Rubio Longo & Farm. Travagliant, 2020)

El bebé es considerado RN hasta los 28 días desde su nacimiento y luego, suceden grandes cambios que le acompañarán e influyen en el resto de su vida. Controlar estos cambios y actuar en consecuencia es una de las prioridades de los profesionales de neonatología, de manera que es necesaria tener en cuenta clasificación de los RN al nacimiento con el objetivo de ayudar a una adecuada valoración y tratamiento para prevenir complicaciones en sus primeros días de vida. Se los puede clasificar según edad gestacional en postérmino cuando nace con más de 42 semanas; término maduro cuando nace entre las 39 y 41,6 semanas; término precoz entre las semanas 37 y 38,6; pretérmino tardío entre 34 y 36,6 semanas; pretérmino moderado entre las semanas 33 y 31; pretérmino severo entre 30 y 28 semanas; pretérmino extremo menor a 28 semanas; y gran inmaduro de 23 a 25 semanas. Además, según su peso se los puede clasificar en alto peso mayor a 4,000 grs., peso adecuado entre 2,500 y 4,000 grs., y bajo peso menor a 2,500 grs., siempre relacionando este a la edad gestacional para saber si es el adecuado. (Sellán Soto & Vázquez Sellán, 2017)

El neonato cuenta con una neuroplasticidad, pero si se lo expone a situaciones dolorosas, estas generarán un bajo umbral de dolor para el resto de la vida. Los nociceptores comienzan su maduración a nivel embriológico entre las 6 y 8 semanas de gestación. La información proveniente de ellos se procesa a nivel medular, en el tronco encefálico, el tálamo y la corteza somatosensorial. Estas últimas estructuras comienzan su desarrollo en la semana 14 y alrededor de las 30 semanas lo habrían completado. Por esto, el RN puede detectar todo estímulo sensorial o sensitivo, debido a que los niveles de endorfinas, que son las encargadas de inhibir el dolor, se regulan varios días después del nacimiento y ante algo que lo daña puede responder con el sistema autónomo, somático y hormonal, existiendo un aumento de catecolaminas, cortisol, glucagón, aldosterona e insulina, pero que las vías neurales inmaduras no son buenas moduladoras del dolor y la mielinización sea insuficiente no implica ausencia de transmisión del estímulo doloroso, sino una transmisión más lenta del mismo, donde la magnitud del mismo puede ser mayor y su efecto ser aún más duradero. Así es que, la inmadurez del sistema nervioso y de los mecanismos inhibitorios del dolor convierten tanto al RNPT extremo como el de término en pacientes vulnerables a este porque demuestran exageradas respuestas fisiológicas y hormonales al dolor, en contraste con pacientes pediátricos y adultos. (Gómez, 2019)

El principal problema que se plantea en el tratamiento del dolor neonatal es su valoración, para ello, la Dra. Heidelise Als propuso la Teoría Sinactiva o “interactiva” (synactive theory) que es un modelo teórico del desarrollo integrador, que se orienta en sistemas y se basa en relaciones. La teoría sostiene que los RN forman su propio desarrollo, y que éste está mediado por su capacidad de atención-interacción y su relación con el entorno y cuidadores. Para poder interpretar la conducta se debe valorar cuatro subsistemas jerarquizados. El primero es el subsistema nervioso autónomo, el cual regula el funcionamiento fisiológico básico y necesario para sobrevivir; el segundo subsistema es el motor, se manifiesta a través de lo conductual, en el tono, la actividad y la postura, el tercer subsistema se refiere a los estados de vigilia y sueño, y el cuarto es atención-interacción, que es la capacidad del neonato para interactuar con el medio y mantenerse alerta. Por último, se valora la autorregulación, que tiene como función mantener el balance entre esos cuatro subsistemas. Como resultado, cuando un RN presenta comportamientos que reflejan signos de estrés, se considera que se encuentra desorganizado según expone esta teoría, de lo contrario, si presenta signos de

autorregulación, se encuentra en un estado organizado. Esta teoría ha proporcionado el principal soporte teórico para la comprensión de señales infantiles a través del estado fisiológico y comportamientos motores y la consecuente práctica de cuidados del desarrollo, es decir, a partir de ella se ha desarrollado el modelo de cuidados centrados en el desarrollo que, se basa en cuidados a través de una evaluación continua del bebé, monitoreando constantemente las capacidades de los subsistemas mencionados. (Liseth Barra, Alejandra Marín, & Coo, 2021) Debido a que, al dolor, el RN lo manifiesta de manera indirecta, el enfermero lo interpretará a través de respuestas fisiológicas, conductuales y bioquímicas. En las respuestas fisiológicas se incluyen las alteraciones en la frecuencia cardíaca pudiendo corresponder tanto a bradicardia como taquicardia; respiratoria, que, provocando taquipnea, disnea, aumento de consumo de oxígeno, lo cual llevará a la disminución de la saturación de oxígeno; tensión arterial, con tendencia a la hipertensión; presión intracraneal, apneas, náuseas, vómitos y midriasis. Dentro de las respuestas bioquímicas se encuentran hipercatabolismo, hipercortisolismo, hiperglicemia, hiperproducción de adrenalina, hipopolactemia e hipoinsulemia. Las respuestas conductuales pueden ser el llanto, sin otro motivo como pudiera ser hambre, arqueo de su cuerpo, los dedos de las manos en abanico o de puño cerrado, agitación, insomnio y las características de la cara del neonato con dolor como son los labios evertidos, es decir, con los labios abiertos hacia afuera, surco nasolabial marcado, contracción nasolabial, ojos cerrados con los párpados apretados y cejas fruncidas. (Chattás, 2020)

Para evaluar el dolor en el RN, existen diversas escalas, las cuales fueron creadas para una determinada población neonatal. La aplicación de una escala implica disponer de recursos técnicos y humanos altamente calificados, con conocimientos y experiencia en el área y entrenamiento en el uso de las mismas. A demás, es importante la traducción al idioma en que se va a utilizar y la validación. Solo cinco escalas de dolor han sido sometidas a pruebas psicométricas, según el Consenso de dolor publicado por la Academia Americana de Pediatría en el año 2016: una es la NFCS que se basa en observar las características de las facies del neonato. Mide 8 ítems: cejas abultadas, ojos cerrados, profundización del surco nasolabial, apertura de los labios, estiramiento de la boca, lengua tensa, protrusión de la lengua y vibración de la barbilla. Se puede aplicar tanto en recién nacido de término (RNT) como en el recién nacido pretérmino (RNPT). Otra escala es la N-PASS permite evaluar el dolor agudo y el grado de sedación del RN.

Evalúa 4 criterios conductuales y 4 fisiológicos. Se puede utilizar con neonatos de cualquier edad gestacional, hasta los 12 meses de edad posnatal. Según el puntaje, indicará implementar medidas farmacológicas o no farmacológicas. La escala PIPP describe el dolor del RNPT e infantes. Valora 7 puntos: edad gestacional, conducta, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, ceño fruncido, ojos apretados y surco nasolabial. No es apta para niños sedados. Su aplicación es recomendable en neonatos de 28 a 40 semanas de gestación. La Behavioral Infant Pain Profile (BIPP) combina ítems en donde se valoran los estados de sueño y vigilia, signos faciales y signos a observar en las manos. Se puede utilizar en RNT y RNPT. Por último, la escala Douleur Aiguë du Nouveau-né (DAN) o Acute pain in newborn infants (APN) valora el dolor agudo de los neonatos a través de las respuestas faciales, los movimientos de los miembros y la expresión vocal del dolor. (Chattás, 2020) (Dra. Jonusas, y otros, 2019) Además de estas escalas, también es muy utilizado el método NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), basado en la Teoría Sinactiva de la Dra. Heidelise Als, este es un modelo de cuidado que le da voz al bebé, en el cual se le brindan cuidados individualizados a partir de la observación de la conducta y del conocimiento de su entorno físico y familiar. Su misión es fortalecer la atención médica y de enfermería, enfocándose en el respeto, cuidado, crianza y colaboración con el bebé y su familia y entre los profesionales a cargo. Traduce lo que el bebé espera en cuanto a comodidad, bienestar y sensación de seguridad y prioriza la integración de los padres en los cuidados ya que son valorados como sus cuidadores y facilitadores más importantes, es decir que guía el cuidado de los neonatos y su familia a través de las observaciones que permite valorar las conductas del RN, formarán la base para poder planificar y aplicar todos los cuidados, además de asegurar una reflexión y autoevaluación continua de los profesionales. (NIDCAP, 2021)

Muchas de estas escalas también nos permiten decidir cuál es el tratamiento más adecuado que necesita el neonato, ya sea farmacológico o no farmacológico. Nos centraremos en el último mencionado ya que es propio de los cuidados de enfermería y el cual se abordará en el presente trabajo. Los cuidados no farmacológicos son estrategias o técnicas empleadas con la intención de reducir, aliviar, y en lo posible, erradicar la sensación dolorosa y la percepción del dolor. Para estos cuidados es de importancia reconocer a los padres como esenciales durante la internación en la UCIN, ya que

favorecería la unión y la fuerza de estos. Se los debe incluir en el aprendizaje y participación en los cuidados y toma de decisiones, se debe respetar su cultura o religión, brindando una atención individualizada. En primer lugar, se debe tratar de limitar y agrupar las intervenciones que se vayan a realizar, preservando el descanso, disminuyendo la manipulación del neonato y protegiendo así, su neurodesarrollo. El manejo no farmacológico (MNF) permite también, evitar los efectos adversos de los medicamentos. El objetivo es prevenir, minimizar y aliviar el estrés y el dolor durante los procedimientos que inevitablemente deben recibir durante su estadía en la neonatología. Durante la estadía en neonatología, los RN son sometidos a reiterados procedimientos que causan dolor, entre las prácticas más habituales encontramos la colocación de vías periféricas o percutáneas, extracciones de sangre, colocación de sondas oro o nasogástrica y vesical, aspiración de secreciones, retiro de adhesivos, vacunación, punciones del talón, lumbar y vesical, fondo de ojos y estar vinculado a dispositivos de apoyo de oxígeno o respiración mecánica. Con los cuidados no farmacológicos, se pretende atenuar la percepción del dolor con estímulos no dolorosos que compiten con los dolorosos. Entre los cuidados, se refieren a los relacionados con medidas ambientales, tales como mantener la temperatura ambiental que permita la autorregulación del bebé; disminuir los ruidos cerrando las puertas y ventanas de la incubadora en forma delicada, no apoyar objetos ni golpear con los dedos sobre las incubadoras, bajar el volumen de las alarmas de los equipamientos, hablar al RN con voz suave, colocar a los pacientes más lábiles en el lugar más tranquilo de la sala y medir el nivel de ruido en la UCIN para hacer un diagnóstico sobre la contaminación acústica. En cuanto a la protección de la luz, colocar cobertores sobre las incubadoras, utilizar luz natural de ser posible, emplear luces individuales para observaciones y procedimientos y evitar que las mismas iluminen directamente a los ojos, separar a los neonatos que requieran tratamiento de luminoterapia para evitar que moleste a los que se encuentran alrededor. Relacionados a medidas de posicionamiento tenemos que tener en cuenta mantener la cabeza en línea media, no debe estar flexionada, ni muy extendida, el tronco debe permanecer recto y los miembros inferiores deben estar flexionados. La manipulación debe ser suave, realizar la rotación de decúbitos de manera lenta, con suavidad y en bloque, contener al bebé mediante el arropamiento en forma contenedora y envolvente con una sábana. La contención resulta más práctica y segura cuando se trabaja entre dos operadores y se puede aplicar el contacto quieto, es decir apoyar las

manos sobre el cuerpo del bebé de una manera firme para facilitar también la posición en flexión de los miembros hacia línea media ya que además de que facilita la organización de su sistema nervioso central, se sienten más protegido conservando la posición fetal. Como se mencionó, es de gran importancia agrupar y aplicar las intervenciones que sean necesarias para cada bebé, y así, evitar interrumpir el descanso, siempre que esto sea posible, es decir, aplicar el protocolo de intervención mínima (PIM), que permite evitar manipulaciones desordenadas sin tomar en cuenta las necesidades del bebé. También tener en cuenta no despertarlo bruscamente, facilitando la transición del sueño a la vigilia y principalmente, brindar cuidados individualizados de acuerdo cada necesidad y no hacerlo de forma rutinaria. En cuanto a las medidas táctiles, con el método canguro (COPAP), o el contacto piel a piel con sus padres se logra una sincronización con el latido de ellos, con su calor, su olor y sus caricias, lo que transmite una estimulación que favorece la estabilidad de los signos vitales, mejora los patrones de sueño del bebé, la autorregulación, disminuye el gasto energético y logra disminuir el tiempo de llanto. Muchos procedimientos se pueden realizar mientras los niños se encuentran en los brazos de sus papás, siendo esto muy beneficioso para ambos, ya que el bebé se sentirá más seguro y calmado, y la mamá tiene más confianza en los profesionales que atienden a su hijo. También hay medidas de estimulación multisensorial, con las cuales se intenta producir distracción al sostener y balancear al niño suavemente, una de las técnicas es la musicoterapia, ya que posee un efecto tranquilizador tanto en el bebé, como en los padres y el equipo de salud. La música debe ser simple, lenta y fluida, con un ritmo pacífico y regular. Por último, las medidas de succión nutritivas y no nutritivas que son las más utilizadas. La succión no nutritiva se sugiere cuando se realiza algún procedimiento que genere dolor de leve a moderado, se ha demostrado llanto menor y disminución de las expresiones faciales de dolor, la misma puede realizarse con chupete, un dedo con guante y administración de sucrosa por vía oral, favoreciendo que el niño succione y, en consecuencia, se produzca una estabilidad de la frecuencia cardíaca y respiratoria, lo que aumenta el nivel de saturación, disminuye la agitación y favorece a la organización conductual. Se ha comprobado que la sucrosa administrada por vía oral, a través de jeringa o chupete, minutos antes de la intervención dolorosa y durante la misma como succión no nutritiva, es eficaz y segura para reducir la intensidad del dolor ante procedimientos que dañan los tejidos en el neonato, como la punción del talón, la

venopunción y la inyección intramuscular, cuya dosis aún está en discusión, pero mínimamente es necesario entre 0,1 ml y 0,5 ml para un RNPT de 27-31 semanas, 1ml para aquellos de 32 a 36 semanas y 2 ml para los mayores de 36 semanas, y tendría una duración de tres a cinco minutos. La succión nutritiva se refiere a la alimentación con leche de fórmula o leche de madre y al pecho materno. Pero el mayor beneficio para la disminución del dolor se logra a través de la succión al pecho materno, ya que combina varias de las técnicas mencionadas como contacto piel a piel, arropamiento, balanceo, succión, calor, sonido y olor materno, lo que favorece a la prevención de enfermedades y alergias, disminuye el riesgo a muerte súbita, contiene los nutrientes, líquidos y electrolitos necesarios para su óptima hidratación y crecimiento, es de fácil digestión, lo que disminuye los cólicos del bebé, favorece el desarrollo emocional e intelectual, crea un vínculo afectivo con la madre. (Chattás, 2020) (Brahm, 2017) (Dra.Jonusas, y otros, 2019) (Stevens, y otros, 2018)

## **Material y método**

---

### **Tipo de estudio:**

El abordaje metodológico será desde un enfoque cuantitativo, ya que se utilizará la recolección y el análisis de datos para dar respuesta a la pregunta de investigación y probar las hipótesis establecidas. El tipo de estudio será observacional puesto que no habrá manipulación de variables por parte del investigador, sino que se estudiarán tal como se presentan en la realidad. Será descriptivo porque estará dirigido a determinar cómo se presentará la situación de las variables que se estudian en la población, la presencia o ausencia del nivel de información sobre el dolor neonatal, con qué frecuencia ocurre y la incidencia en las actitudes ante el mismo de los enfermeros, pudiendo sugerir asociación entre las variables. En cuanto a la secuencia de estudio, es de tipo transversal, ya que se realizará una sola medición de las variables en un determinado momento. Por último, el estudio será prospectivo ya que la recolección de los datos será a medida que los hechos vayan ocurriendo, es decir, se parte de una causa en busca de su efecto. (Hernández Sampieri, Fernández Callado, & Baptista, 2014)

### **Sitio o contexto de la investigación:**

Para la selección del sitio de investigación se aplicó una guía de convalidación (Ver anexo I), la cual no se comparó con otra institución porque se ha observado que el problema planteado se presenta con frecuencia en esa sala. Ante ello, se realizó un relevamiento de datos del sitio, y tras los resultados del estudio exploratorio (Ver anexo III) permite seleccionarlo ya que reúne los criterios de elegibilidad para llevar a cabo el siguiente proyecto, los cuales son la presencia de la problemática a estudiar, la autorización de las autoridades, que las variables a medir se encuentran presentes y que la población en estudio cumple también con los requisitos de inclusión y exclusión.

El sitio seleccionado, hace más de 50 años que se convirtió en una Institución de Medicina general y alta complejidad, insertándose en el sistema de salud privado de tercer nivel de atención de la ciudad de Rosario. Desde entonces, brinda servicios médicos de excelencia, cuidando, promoviendo y participando en la recuperación de la salud de la comunidad, también educa a alumnos de grado y posgrado en el contexto de Hospital Universitario. En su estructura edilicia cuenta con un edificio de 90 consultorios externos

para atención ambulatoria y, uno para la asistencia de pacientes internados, dentro de este se encuentran servicios esenciales como Quirófanos, Sala de Endoscopía, Sala de Partos, Guardia General, Sala de Traumatología, Sala de Hospital de día, Salas de Internación General, Sala de Hemodiálisis, Sala de Hemodinamia, Instituto del Quemado, UTI, Unidad Coronaria, UCIN, Maternidad, Obstetricia y Pediatría. En cuanto a los servicios complementarios son Servicio Farmacéutico, ropería, Bioingeniería, Central de Esterilización, Banco de Sangre, Laboratorio clínico y microbiológico y Servicio de diagnóstico por imágenes.

En tanto, según las Normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Neonatología y UCIN, incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, Resolución 306/2002 del Ministerio de Salud, (Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2002) y por los datos obtenidos por la jefa del servicio, en el año 2020 se registraron 1768 nacimientos, por lo que la UCIN corresponde al segundo nivel de atención, porque además de atender a más de 1500 nacimientos, entre partos y cesáreas, cuentan con recepción y reanimación del RNT y RNPT, administración de infusión de soluciones endovenosas, se realiza cateterización umbilical, exanguinotransfusión, tratamiento de la dificultad respiratoria con halo cefálico, con presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) y asistencia respiratoria mecánica, se atienden casos complejos que requieren de especialización pediátrica como oftalmología y diagnóstico de cardiopatías, y se resuelven patologías quirúrgicas, exceptuando las cardiovasculares.

### **Población y muestra:**

La población de estudio estará construida por todo el personal de enfermería asistencial perteneciente al servicio de Neonatología.

La unidad de análisis será cada uno de los enfermeros asistenciales con antigüedad en el servicio mayor a un año perteneciente a la UCIN, que reúna los siguientes criterios:

Criterio de exclusión: \*Enfermeros que han realizado algún curso de capacitación sobre dolor neonatal.

El tamaño de la población se estima que estará compuesto por 24 enfermeros asistenciales aproximadamente, dato aportado por los resultados del estudio exploratorio

(ver anexo III). Ante esto, no se realizará muestreo y se tomará el total de la población ya que, el número es reducido y factible de ser medido en su totalidad.

Respecto a la validez externa, los resultados solo se podrán generalizar a la población en estudio ya que, existen limitaciones debido a que se realizará en un solo lugar, no se realizará muestreo probabilístico y el número de la población es reducido lo que introduce la posibilidad de sesgos en los resultados.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

Para la variable “actitudes frente al dolor neonatal”, la recolección de los datos será a través de la técnica de observación no participante, utilizando como instrumento de medición una lista de control con una escala de apreciación, denominada *Actitudes del profesional de enfermería ante el manejo del dolor*, ya utilizada en un trabajo académico por los autores García Espinoza, Manchego Quispe y Quiroz Peña (2018) y adaptada por la investigadora del presente proyecto para su utilización. Dicha escala se divide en dos dimensiones, Conductual y Emocional, con 7 ítems cada una, para las cuáles se utilizarán los índices nunca, ocasionalmente, frecuentemente y siempre, para medir las actitudes que presentan los enfermeros ante diversas situaciones con el neonato (Ver anexo II).

Se utilizará esta técnica e instrumento porque aplica para una medición objetiva de dicha variable y porque son mayores las ventajas que las desventajas. Las cuales se describen a continuación: como ventajas debido a que se observa directamente en el momento que ocurren los hechos, sin intermediarios, nos brinda un análisis completo en cuanto a las diversas dimensiones que se pretende medir y reduce el sesgo ya que los participantes no saben en qué momento serán observados, además, esta técnica no implica juicios de valor, sino que permite, con la observación, reunir el estado de las conductas preestablecidas. Como desventajas, puede que los participantes no se comporten de manera natural al saber que son observados, aunque se trate de evitar la sensibilización en la observación, por otro lado, es más difícil tomar los datos de una forma rápida y objetiva, lo que demanda mayor tiempo que en la encuesta.

En tanto, la variable “nivel de información sobre el dolor neonatal” se abordará mediante la técnica de encuesta, utilizando como instrumento de recolección de datos un cuestionario denominado *Cuestionario para medir el nivel de información sobre el dolor neonatal por los profesionales de enfermería en una unidad de cuidado intensivo neonatal*,

ya utilizada y modificada en la tesis de Quezada Rodríguez (2016) y modificada nuevamente por la investigadora para su adaptación a este proyecto. Al comienzo del mismo, se presentarán unas consignas para obtener los datos sobre las variables: edad, sexo, años de antigüedad en el servicio y formación académica. Seguido de eso, el cuestionario se compone por 20 ítems de preguntas cerradas, divididos en tres dimensiones, las cuales son Generalidades sobre el dolor, Valoración del dolor y Manejo no farmacológico del dolor, cuyas opciones de respuestas son de tipo dicotómico, de verdadero o falso (Ver anexo II).

Dicha técnica es de las más calificadas para la medición del nivel de información sobre dolor neonatal por sus ventajas, las cuales son que se pueden recoger datos objetivos y precisos por parte de las unidades de análisis, es sencillo de responder ya que solo tendrá que seleccionar si considera que es verdadero o falso, es de muy bajo costo, se mantiene totalmente el anonimato y es fácil en cuanto a la tabulación del mismo. En tanto, como desventajas se menciona que contestarlo implica cierto nivel de comprensión, podrían entregarlo incompleto por ser interrumpido, la imposibilidad de poder expresar sus respuestas por ser preguntas cerradas y que se puede inducir a la respuesta por ser dicotómica.

#### Operacionalización de las variables:

- 1- Variable “Actitudes frente al dolor neonatal “: Tipo cualitativa compleja; Función dependiente; Escala de medición ordinal.

Definición conceptual: Constituye formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas y grupos. Son producto del proceso de socialización por el que atraviesa toda persona y el resultado del aprendizaje y de la experiencia, así como del intercambio social que lleva cabo el individuo.

Definición operacional: Se medirá a través de una escala ordinal, con una escala de apreciación para la observación de actitudes favorables o desfavorables frente al dolor neonatal relacionada a si se aplican ciertos cuidados y qué posición presenta ante situaciones de procedimientos dolorosos.

- ♦ Dimensión 1: Actitud conductual

#### Indicadores:

- \* Establece contacto físico con el bebé, como caricias o cargándolo.

- \* Administra succión no nutritiva antes de un procedimiento doloroso.
- \* Deja que el bebé se calme solo.
- \* Protege al niño de los estímulos ambientales.
- \* Sostiene al bebé para aliviar su dolor.
- \* Realiza mínima manipulación del neonato.
- \* Les solicita a los médicos para tomar medidas farmacológicas ante el dolor del bebé.

◆ Dimensión 2: Actitud emocional

Indicadores:

- \* Se conmueve ante el llanto del neonato cuando recibe algún tratamiento.
- \* Le incomoda aplicar procedimientos que causen dolor al RN
- \* Se preocupa si no se le aplica tratamiento para disminuir el dolor.
- \* No manifiesta sentimientos que le afecten.
- \* Se angustia si debe someter al neonato a algún procedimiento doloroso.
- \* No manifiesta algún sentimiento porque cree que el neonato no siente dolor.
- \* Manifiesta ternura con el bebé durante algún tratamiento doloroso.

2- Variable “Nivel de información en el manejo del dolor neonatal”: Tipo cualitativa compleja; Función independiente; Escala de medición ordinal.

Definición conceptual: grupo de datos supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje. La información permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento racional es la base del conocimiento y da origen a los modelos de pensamiento humano. El manejo del dolor por parte de enfermería consiste en una adecuada valoración para brindar cuidados independientes y humanizados.

Definición operacional: Con una escala ordinal, a través de un cuestionario, se determinará un alto, medio o bajo nivel de información sobre el nivel de información que tienen las enfermeras acerca de generalidades, la valoración y el tratamiento no farmacológico del dolor en el recién nacido.

◆ Dimensión 1: Generalidades sobre el dolor

Indicadores:

- \* Los neonatos sufren dolor.
- \* El neonato presenta ausencia de transmisión de los estímulos.
- \* El neonato no evidencia respuestas fisiológicas y hormonales frente al dolor.

- \* El dolor en un neonato puede ser causa de inmunosupresión.
- \* La experiencia del dolor en un neonato contribuye a la exageración de la respuesta de dolor en posteriores estímulos.
- \* El dolor en el neonato contribuye a que se presente gran hiperactividad.
- \* Al momento de nacer el bebé ya ha desarrollado anatómicamente todos los componentes necesarios para recibir el dolor.

◆ Dimensión 2: Valoración de dolor

Indicadores:

- \* El llanto irritable del bebé se considera como dolor.
- \* Aún no existen escalas científicamente validadas para medir el dolor.
- \* No es posible determinar si un neonato sufre dolor.
- \* Los signos de dolor en el neonato pueden ser fisiológicos o conductuales.
- \* Algunos signos conductuales pueden ser hipertensión, hipoxia, taquipnea.
- \* Ejemplos de signos fisiológicos son llanto, cambios de postura, cambios en expresión facial.
- \* Existen otros eventos que causan signos parecidos al dolor neonatal como lo son hambre, pañal mojado, o evacuado, frío.

◆ Dimensión 3: Tratamiento no farmacológico del dolor

Indicadores:

- \* Es posible aliviar o disminuir el dolor en neonatos.
- \* Dar masajes, caricias, música suave pueden aliviar el dolor neonatal.
- \* Las medidas no farmacológicas son tan efectivas como las farmacológicas para el manejo del neonato.
- \* La sucrosa puede utilizarse junto a la succión no nutritiva.
- \* No pueden realizarse procedimientos estando el bebé en brazos de su mamá.
- \* El mayor beneficio para la disminución del dolor se logra con el método canguro.

3- Variable "Sexo": Tipo cualitativa simple; Función independiente; Escala de medición nominal.

Indicadores:

- \* Femenino.
- \* Masculino.

4- Variable “Edad”: Tipo cuantitativa simple; Función independiente; Escala de medición de razón.

Indicador: Será la edad en años según refiera cada enfermero.

5- Variable “Años de antigüedad en el servicio”: Tipo cuantitativa simple; Función independiente; Escala de medición de razón.

Indicador: Será la antigüedad en años según refiera cada enfermero.

6- Variable “Formación académica”: Tipo cualitativa simple; Función independiente; Escala de medición ordinal

Indicadores:

\* Auxiliar en Enfermería.

\* Enfermero profesional.

\* Licenciado en Enfermería.

### Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto de los dos instrumentos de recolección de datos en el sitio seleccionado para la investigación, con una muestra compuesta por 6 enfermeros asistenciales que presentan similares características de la población de estudio, ya que son aquellos profesionales que asisten al servicio eventualmente y no son fijos del staff. Esta prueba permite minimizar los sesgos potenciales en las respuestas de los encuestados, así, se pudo analizar el tiempo demandado para realizar tanto el cuestionario, como la escala de apreciación, el momento propicio para llevar a cabo la recolección con dichos instrumentos, determinar si las preguntas han sido correctamente comprendidas por los profesionales o si hubo alguna deficiencia y saber si el orden de los ítems fue el adecuado. (Ver anexo IV)

### Principios Bioéticos:

Principio de Beneficencia: la población en estudio no estará expuesta a daños físicos ni psicológicos, se evitará infringir daño, teniendo en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los efectos indeseables. Se asegurará a todos los sujetos del estudio la confidencialidad de los datos y que bajo ninguna circunstancia serán revelados o difundidos.

Principio de Autonomía/Respeto por la dignidad humana: se respetará su derecho a la autodeterminación mediante decisiones informadas. Se informará a los participantes de

la investigación, el objetivo del estudio, que su participación es voluntaria y que serán libres de decidir si participan o no, se les aclarará que pueden retirarse en el momento que lo deseen y que podrán rehusarse a dar información si lo considera invasivo para su privacidad. Para tal fin se le solicitará a cada participante del estudio la firma de un Consentimiento Informado (Anexo II), priorizando su estado de ser capaces de tomar decisiones y hacer elecciones sin presiones externas ni violencia mental o física. Con este principio se defenderá la libertad individual que cada participante tendrá para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección, con sus valores y convicciones personales sin interferir en sus derechos, deberes y valores. El cuestionario será anónimo y los datos obtenidos de ambos instrumentos serán meramente con fin de estudio y no serán revelados, manteniendo la intimidad de las participantes.

Principio de Justicia: se asegurará el trato justo de los sujetos en estudio, el reclutamiento de los participantes se hará de forma equitativa, preservando su intimidad y se buscará la distribución ecuánime tanto de los costos como de los beneficios por la participación en el estudio de investigación.

### **Personal a cargo de la recolección de los datos**

La recolección de los datos estará a cargo de la autora del presente proyecto, ante esto no se necesitará del adiestramiento de colaboradores. Para la observación, realizada por un solo observador, el tiempo que demandará es mayor, pero es posible con el tiempo del que se dispone para la investigación y a continuación se detalla cómo será el mismo.

La variable *Actitudes frente al dolor* es la primera que se medirá, mediante la observación, para que no afecte al otro instrumento ya que podría anticiparlos e influir en el comportamiento de los enfermeros. Para la recolección del dato, se concurrirá del día 7 al 11 de marzo en el horario de 06 a 12 hs, durante la próxima semana, se asistirá del día 14 al 18 en el turno de 18 a 00 hs, luego se observará en el turno de 00 a 06 hs entre los días 21 y 25 de marzo, y finalmente el turno de 12 a 18 será observado entre el 28 de marzo y el 1 de abril, la observación de cada turno se hará en cinco días para poder evaluar a cada uno por vez, sin anticipar quién estará siendo evaluado.

Responder el cuestionario que medirá el *Nivel de información sobre el dolor neonatal*, se estima que demandará solo entre 10-15 minutos por lo tanto, se realizará al comienzo de la guardia, luego del pase de guardia, ya que, es un momento en que

tendrían tiempo para responder al mismo, el cual es rápido y sencillo de resolver, a excepción que hubiera una urgencia, que en tal caso se le dará más tiempo, o se les realizará otro día dando la posibilidad que puedan completarlo cuando no les afecte en su labor. Para su aplicación se asistirá cuando se entregue, en caso que surja alguna duda. Se aplicará en dos días distintos por turno para poder abordar a todos los enfermeros y que no coincida con el franco de alguno, así, los días 4 y 7 de abril se realizará a las 06 hs, el 5 y 8 a las 12 hs, el 11 y 14 a las 18 hs y, el 12 y 15 a las 00 hs.

### **Plan de análisis**

Se realizará el agrupamiento de los datos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones. El proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico computacional Epi-Info, en el cual se elaborará el cuestionario, será la base de datos para el ingreso y análisis de los datos y se realizará las estadísticas con sus respectivos gráficos. Para analizar estas variables, se focalizará en una estadística descriptiva, a fin de sintetizar datos y presentarlos de forma clara y concisa, realizando un análisis univariado, ya que, en principio se describirá el comportamiento de cada variable para luego establecer la relación entre ellas, con un análisis bivariado. Debido a que las variables que están en estudio son de tipo cualitativas, deberán ser reconstruidas mediante índices para su medición.

1- *Actitudes frente al dolor*: se establecerá un orden jerárquico entre sus categorías, por esto se analizará mediante una escala de medición ordinal. Se codificarán las respuestas asignando un valor a cada una de ellas, quedando de la siguiente manera: nunca=0, raramente=1, frecuentemente= 2 y siempre= 3. Para el cálculo de puntuación, se sumarán las respuestas resultantes de la observación, según los ítems que miden la frecuencia con la que se aplican, o no, cada una de las actitudes frente al dolor. Estos ítems suman en total 14 y están divididos en dos dimensiones que son:

A) Actitudes conductuales, a la cual le corresponde 7 ítems, enumerados del 1 al 7, cuyos valores serán de 21 como máximo, 0 como mínimo y con una media de 10,5. Ante ello se establecerá la siguiente escala: si la puntuación es de 11 a 21 se considera como actitud favorable y si la puntuación es de 0 a 10 se considera desfavorable.

B) Actitudes emocionales, es medida por 7 ítems, enumerados del 8 al 14, cuyos valores serán de 21 como máximo, 0 como mínimo y una media de 10,5. Ante ello

se establecerá la siguiente escala: si la puntuación es de 11 a 21 se considera como actitud favorable y si la puntuación es de 0 a 10 se considera desfavorable.

Esta medición permitirá analizar individualmente cada dimensión, es decir, las actitudes emocionales y las actitudes conductuales del personal de enfermería frente al dolor neonatal y poder determinar si una está más presente que la otra, por lo que luego de obtener la puntuación correspondiente a cada una, se representará mediante un gráfico de torta en donde se compararán el comportamiento de las dos dimensiones dentro de esta variable según su distribución de frecuencias y porcentajes.

Para la reconstrucción de la variable, constituida por 14 indicadores, se podrá obtener como máximo un valor de 42 y como mínimo un valor de 0, a través del cual se determinará que las actitudes en general son favorables, si da una puntuación entre 21 y 42 puntos, o desfavorables si el puntaje es entre 0 y 20, el cual será representado en un gráfico de barras simple.

2- *Cuestionario para medir el nivel de información sobre el dolor neonatal por los profesionales de enfermería en una unidad de cuidado intensivo neonatal:* para este cuestionario de respuestas dicotómicas verdadero o falso, la codificación quedará establecida de la siguiente manera: 1= correcto y 0= incorrecto, lo que corresponde a una escala de medición ordinal. Para el cálculo de puntuación, se sumarán las respuestas seleccionadas por los entrevistados, según si el ítem es correcto o no. Estos ítems suman en total 20 y están divididos en tres dimensiones que son:

A) Generalidades sobre el dolor, a la cual le corresponde 7 ítems, enumerados del 1 al 7, cuyos valores serán de 7 como máximo, 0 como mínimo y una media de 3,5. Ante ello se establecerá la siguiente escala: si la puntuación es de 6 a 7 se considera alto nivel de información; si la puntuación es de 3 a 5 se considera un nivel medio; y si la puntuación es entre 1 y 2 se considera bajo nivel, ya que 0 será nada de nivel de información.

B) Valoración del dolor, a la cual le corresponde otros 7 ítems, enumerados del 8 al 14, cuyos valores serán de 7 como máximo, 0 como mínimo y una media de 3,5. Ante ello se establecerá la siguiente escala: si la puntuación es de 6 a 7 se considera alto nivel de información; si la puntuación es de 3 a 5 se considera un nivel medio; y si la puntuación es entre 1 y 2 se considera bajo nivel, ya que 0 será nada de nivel de información.

C) Tratamiento no farmacológico del dolor, a la cual le corresponde 6 ítems, enumerados del 15 al 20, cuyos valores serán de 6 como máximo, 0 como mínimo y una media de 3. Ante ello se establecerá la siguiente escala: si la puntuación es 5-6 se considera alto nivel de información; si la puntuación es 3-4 se considera un nivel medio y si la puntuación es 1-2 se considera un bajo nivel, ya que 0 será nada de nivel de información.

Esta medición permitirá analizar individualmente cada dimensión, es decir, el nivel de información sobre generalidades, valoración y tratamiento no farmacológico del dolor neonatal que poseen los enfermeros y poder determinar si hay mayor nivel en una sobre otra, por lo que luego de obtener la puntuación correspondiente a cada una, se graficará mediante un gráfico de torta en donde se compararán el comportamiento de las tres dimensiones dentro de esta variable según su distribución de frecuencias y porcentajes. Finalmente, se sumará el puntaje total, siendo 20 la mayor puntuación posible y 0 la menor, donde se considerará un alto nivel de información si la calificación es entre 15 y 20, un nivel medio de 7 a 14 puntos, un bajo nivel entre 1 y 6, y el puntaje de 0 significará nada de nivel de información. Será representado en un gráfico de barras simple.

3- Para la variable “sexo del personal de enfermería”, se asignarán como indicadores femenino y masculino. Con esta se calculará la cantidad de enfermeros según el sexo, con una escala de medición de tipo nominal, cuyos datos de frecuencias y porcentajes serán representados en un gráfico de torta.

4- Para la variable “edad” se recolectará el dato según el encuestado refiera para poder aplicar las pruebas estadísticas de tendencia central que serán modo, mediana y media, para luego cualificarlos en rangos etarios que irán desde 20 a 30 años, 31 a 40 años, 41 a 55 años y más de 56 años. Los datos obtenidos serán representados mediante gráfico de torta indicando qué porcentaje hay en cada grupo.

5- De igual forma se aplicará para “años de antigüedad en el servicio” donde el dato se recolectará a partir de lo indicado por el encuestado, para poder aplicar las pruebas estadísticas de tendencia central que serán modo, mediana y media, para luego cualificarlos en rangos de 2 a 5 años, 6 a 15 años y más de 16 años. Los datos obtenidos serán representados mediante gráfico de torta indicando qué porcentaje hay en cada rango.

6- Por último, la variable “formación académica”, incluirá los ítems: auxiliar en Enfermería, enfermero profesional y licenciado en Enfermería, la cual se medirá con escala de medición ordinal ya que se ejerce un orden jerárquico según el grado de formación. Su frecuencia y porcentaje será representado en un gráfico de torta.

Para concluir, se utilizará el gráfico de barras adosadas para contrastar todas las variables, es decir que, en primer lugar, se volcarán los resultados finales de la variable “actitudes de los enfermeros frente al dolor” y la variable “nivel de información sobre el dolor” en ese mismo gráfico, en donde la altura es proporcional al número de frecuencias que representa. Luego, se compararán las demás variables con las principales, por consiguiente, se graficará “actitudes de los enfermeros frente al dolor” y “sexo”; “actitudes de los enfermeros frente al dolor” y “edad”; “actitudes de los enfermeros frente al dolor” y “años de antigüedad en el servicio”; “actitudes de los enfermeros frente al dolor” y “formación académica”; “nivel de información sobre el dolor” y “sexo”; “nivel de información sobre el dolor” y “edad”; “nivel de información sobre el dolor” y “años de antigüedad en el servicio”; “nivel de información sobre el dolor” y “formación académica”.

Para llevar adelante el plan de análisis se contará con la colaboración de un especialista en estadística, quien realizará los cálculos, formulas y pruebas a realizar según la necesidad y el interés del investigador en cuanto a los datos que se pretenden describir.

## Plan de trabajo

Actividades	Duración por meses del año 2022							
	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	sept.	nov.
Recolección de datos	■	■						
Tabulación de los datos		■	■	■				
Análisis e interpretación de los datos					■	■		
Conclusión y redacción del Informe final						■		
Difusión de los resultados							■	■

# Anexos

---

## **Anexo I:**

### Guía de convalidación de sitio

1. ¿La institución autoriza la recolección de datos para la presente investigación?
2. ¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de esta investigación?
3. ¿Es una institución de salud privada?
4. ¿A qué tipo de nivel de atención corresponde?
5. ¿Cuenta con servicio de Neonatología?
6. ¿Cuál es la dotación total de enfermeros en el servicio de Neonatología?
7. ¿Cuántos enfermeros son por turno?
8. ¿Cuántos son licenciados?
9. ¿Cuántos son enfermeros profesionales?
10. ¿Alguno es auxiliar?
11. ¿Alguno se encuentra con licencia?
12. ¿Suelen concurrir enfermeros de otras áreas para asistencia eventual en el servicio?
13. ¿Qué capacidad de internación tiene la sala?
14. ¿Cuáles son las patologías que prevalecen?
15. ¿Cuáles son los procedimientos invasivos más habituales durante la internación?
16. ¿En la sala se rigen por protocolos de atención?
17. ¿Alguien vela por el cumplimiento de dichos protocolos? ¿Quién?
18. ¿Cuentan con un protocolo de manejo del dolor?
19. ¿Utilizan alguna escala de valoración del dolor?
20. ¿Se miden los estímulos ambientales como ruidos, luces y temperatura?
21. ¿Se incentiva al personal a realizar capacitaciones y actualizaciones?
22. ¿Se realizó alguna capacitación sobre dolor neonatal?

**Anexo II:**

1- Consentimiento informado para el personal de enfermería de un servicio de neonatología de la ciudad de Rosario

Rosario, de de 2022.

Acepto participar del siguiente proyecto de investigación sin fines de lucro, de carácter voluntario y sin remuneración alguna, ya que es realizado con fines académicos y científicos para un protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina realizado por la enfermera profesional Laila Joana Troncoso, matrícula N° 8400.

Estoy de acuerdo en ser observado/a en mi práctica diaria y responder una serie de preguntas a través de una entrevista de carácter totalmente anónimo, cuya finalidad es analizar la relación que existe entre el nivel de información y las actitudes que presentan los enfermeros sobre el dolor neonatal con el propósito de profundizar en dicha temática, para aumentar los conocimientos en el personal de enfermería y así poder brindar cuidados humanizados, individualizados, de calidad, seguros e integrales al bebé y su familia.

Se me ha informado que en cualquier momento del estudio poseo el derecho a dejar mi participación cuando así lo desee, garantizando la confidencialidad de los datos y anonimato de toda la información brindada.

Luego de recibir toda la información pertinente al proyecto, yo \_\_\_\_\_, DNI N° \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento de participación en la prueba piloto de dicha investigación.

Firma enfermero: \_\_\_\_\_

Firma investigadora: \_\_\_\_\_

2- Cuestionario para medir el nivel de información sobre el dolor neonatal

a) Responder y marcar lo que corresponde a sus datos.

Edad:                      Sexo: Femenino o Masculino

Años de antigüedad en el servicio:

Formación académica: \*Auxiliar en Enfermería

\*Enfermero Profesional

\*Licenciado en Enfermería

b) Contestar verdadero o falso al leer cuidadosamente las siguientes premisas relacionadas con el dolor neonatal. Marque con una (X) su respuesta.

<b>Premisa</b>	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
1. Los neonatos sufren dolor.		
2. El neonato presenta ausencia de transmisión de los estímulos.		
3. El neonato no evidencia respuestas fisiológicas y hormonales frente al dolor.		
4. El dolor en un neonato puede ser causa de inmunosupresión.		
5. La experiencia del dolor en un neonato contribuye a la exageración de la respuesta de dolor en posteriores estímulos.		
6. El dolor en el neonato contribuye a que se presente gran hiperactividad.		
7. Al momento de nacer el bebé ya ha desarrollados anatómicamente todos los componentes necesarios para recibir el dolor.		
8. El llanto irritable del bebé se considera como dolor.		
9. Aún no existen escalas científicamente validadas para medir el dolor.		

10.No es posible determinar si un neonato sufre dolor.		
11.Los signos de dolor en el neonato pueden ser fisiológicos o conductuales.		
12.Algunos signos conductuales pueden ser hipertensión, hipoxia, taquipnea.		
13.Ejemplos de signos fisiológicos son llanto, cambios de postura, cambios en expresión facial.		
14.Existen otros eventos que causan signos parecidos al dolor neonatal como lo son hambre, pañal mojado, o evacuado, frío.		
15.Es posible aliviar o disminuir el dolor en neonatos.		
16.Dar masajes, caricias, música suave pueden aliviar el dolor neonatal.		
17.Las medidas no farmacológicas son tan efectivas como las farmacológicas para el manejo del neonato.		
18.La sucrosa puede utilizarse junto a la succión no nutritiva.		
19.No pueden realizarse procedimientos estando el bebé en brazos de su mamá.		
20.El mayor beneficio para la disminución del dolor se logra con el método canguro.		

3) Lista de control para la observación de actitudes frente al dolor neonatal

Durante la observación, la investigadora debe puntuar del 0 al 3 marcando con una (X) en el espacio correspondiente ante cada actitud observada:

<b>Actitudes</b>	<b>Nunca (0)</b>	<b>Ocasional- mente (1)</b>	<b>Frecuente- mente (2)</b>	<b>Siempre (3)</b>
1. Establece contacto físico con el bebé, como caricias o cargándolo.				
2. Administra succión no nutritiva antes un procedimiento doloroso.				
3. Deja que el bebé se calme solo.				
4. Protege al niño de los ruidos ambientales.				
5. Sostiene al bebé para aliviar su dolor.				
6. Realiza mínima manipulación del neonato.				
7. Les solicita a los médicos para tomar medidas farmacológicas ante el dolor del bebé.				
8. Se conmueve ante el llanto del neonato cuando recibe algún tratamiento.				
9. Le incomoda aplicar procedimientos que causen dolor al RN				
10. Se preocupa si no se le aplica tratamiento para disminuir el dolor.				
11. No manifiesta sentimientos que le afecten.				
12. Se angustia si debe someter al				

neonato a algún procedimiento doloroso.				
13.No manifiesta algún sentimiento porque cree que el neonato no siente dolor.				
14.Manifiesta ternura con el bebé durante algún tratamiento doloroso.				

### Anexo III:

#### Resultado del estudio exploratorio

Con la aplicación de la guía de convalidación de sitio se pudo corroborar que las autoridades de la institución autorizan que se realice la presente investigación, así como, la difusión de los resultados de la misma. Se trata de una institución privada de la ciudad de Rosario, la cual corresponde al tercer nivel de atención y cuenta con Servicio de Neonatología.

Se determinó que las variables en estudio se encuentran presentes, así como, la población que se pretende estudiar, que son los profesionales en Enfermería. La sala de Neonatología cuenta con 25 enfermeros, contando a la enfermera jefe, los mismos se dividen en 4 turnos de 6hs, en los cuales por cada uno son 6 enfermeros, pero siempre alguno tiene franco y dependiendo de la demanda del servicio, en general quedan 4 o 5 por turno. De ellos, 7 son Licenciados, 16 son profesionales de enfermería, uno se encuentra con licencia en este momento, y solo una es auxiliar. Como la cantidad de enfermeros por turno depende de la demanda del servicio, en general está cubierto, pero esporádicamente se necesita de la colaboración de enfermeros de otras áreas.

La sala cuenta con 20 plazas para internación entre el sector de cunas, intermedio e intensivo. Hay pacientes neonatos críticos, en los cuales prevalecen enfermedades como prematuridad, síndrome de distrés respiratorio, ictericia, alteraciones metabólicas como hipo o hiperglicemia, infección urinaria y bronquiolitis. Durante la internación, para el tratamiento de esas patologías, los procedimientos más habituales son venoclisis, colocación de sondas naso/orogástricas, colocación de catéter central como canalización umbilical y vía percutánea, punción de talón para control de glicemias, extracción de sangre, aspiración de secreciones.

Tanto la sala, como la institución en general se rige por protocolos, los cuales se encuentran tanto en papel impreso como en el sistema al alcance de todo el personal, pero cabe destacar que sobre dolor neonatal no hay un protocolo aún, ni se aplican escalas de valoración del dolor como cuidado. El cumplimiento de los mismos está a cargo de cada jefe de servicio, pero también en una responsabilidad que cada uno debe comprometerse a cumplir.

En cuanto a actualizaciones y capacitaciones, la enfermera jefa suele dar a conocer sobre cursos y capacitaciones actuales que puedan realizar los enfermeros del sector, lo que después queda en cada uno realizar o no, pero desde la institución no se realizó ninguna capacitación sobre el dolor neonatal.

## Anexo IV:

### Resultados de la prueba piloto

Como resultado de la prueba piloto, se corroboró que el instrumento *Actitudes del profesional de enfermería ante el manejo del dolor* aplicado mediante la técnica de observación, es sencillo y capaz de medir la variable en cuestión, por esto, no se realizará modificaciones en la misma, además de que es factible de ser aplicada respecto al tiempo con el que se cuenta para la recolección de los datos, lo que permitirá ser realizada por la propia investigadora del proyecto.

Respecto al instrumento *Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre el dolor neonatal por los profesionales de enfermería en una unidad de cuidado intensivo neonatal*, se determinó que fue comprendido con facilidad según expresaron los enfermeros, además, al realizarlo al comienzo de la guardia no afectó a su labor, en relación al tiempo que deben dedicarle. Todos acordaron en que fue fácil de comprender y completar, que no se encontraron ítems mal formulados y que, el orden de los mismos, les pareció adecuado. Por estos motivos, no se realizarán modificaciones algunas ya que el instrumento propuesto es apto para aplicar y medir la variable “nivel de información sobre el dolor neonatal”.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

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

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

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

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.

Saluda a Ud. muy atentamente.

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

*Rosana Nores*

Nores, Rosana

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

- 1) Se aprueba realizar con Proyecto (observar como efectuado a la Investigadora)
- 2) Se expedirá nota formal aceptación por Comité Docencia
- 3) Deberá elevarse Proyecto final (no resumen) a Comité Ético en Investigación previo al inicio realización de datos

10 / 11 / 2021

*[Signature]*

Dr. JORGE A. MANERA  
PRESIDENTE  
COMITÉ DE DOCENCIA  
SANATORIO BRITANICO S.A

## Referencias bibliográficas

- Amaro Cano, M. d. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(3). Recuperado el 12 de octubre de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000300009#:~:text=La%20primera%20te%C3%B3rica%20en%20enfermer%C3%ADa,la%20salud%20de%20las%20personas.&text=Palabras%20clave%3A%20Filosof%C3%ADa%2C%20teor%C3%ADa%2C%20enfermer%C3%ADa](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009#:~:text=La%20primera%20te%C3%B3rica%20en%20enfermer%C3%ADa,la%20salud%20de%20las%20personas.&text=Palabras%20clave%3A%20Filosof%C3%ADa%2C%20teor%C3%ADa%2C%20enfermer%C3%ADa).
- Arriaga, A., & Obregón, M. (2019). Conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de hospitales de Lima. *CASUS*, 4(2), 102-110. Recuperado el 12 de octubre de 2021, de <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/213/130>
- Avila Alvarez, A., Carbajal, R., Courtois, E., Pertega Diaz, S., Anand, K. J., & Muñiz Garcia, J. (2016). Valoración clínica del dolor en unidades de cuidados. *An Pediatr*, 85(4), 181-188. Recuperado el 10 de junio de 2021, de [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/17550/AvilaAlvarez\\_Valoracion.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/17550/AvilaAlvarez_Valoracion.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Brahm, P. V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 88(1). doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>
- Chattás, G. (abril de 2020). ¿Por qué minimizamos el dolor de los recién nacidos? Mitos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Revista Enfermería Neonatal. FUNDASAMIN*, 32, 17-26. Obtenido de <https://riu.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1009/Rev%20Enferm%20Neonatal.%20Abril%202020%3B32%3B17-26..pdf?sequence=1>
- Collados Gómez, V., Camacho Vicente, M., González Villalba, G., Sanz Prades, B., & Vaquerizo, B. (noviembre de 2018). Percepción del personal de enfermería sobre el manejo del dolor en neonatos. (S. E. Enfermería, Ed.) *Enfermería Intensiva*, 29(1), 41-47. doi:<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.08.003>
- Dra. Jonusas, S., S, D. F., S, D., S, L. H., C, D. J., A, D. L., . . . M, D. O. (2019). Manejo del dolor en Neonatología. *Arch Argent Pediatric*, 117(5), 180-194. doi:<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.S180>
- Espinosa Fernández, M. G., González Pacheco, N., Sánchez Redondo, M. D., Cernada, M., Martín, A., Pérez- Muñuzurt, A., . . . Couce, M. (agosto de 2020). Sedoanalgesia en las unidades neonatales. *An Pediatr*, 95(2), 126.e1-126.e11. Recuperado el 12 de junio de 2021, de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1695403320304495?token=DE6D7D368D>

09C5CFC0484F1C7ACF31D40742C547D5533CD8E77958B3A63378B36FABE24B  
CE9E75C5D67EBCE6BFBD6FC20&originRegion=us-east-  
1&originCreation=20211126005624

Espinoza Venegas, M., Luengo Machuca, L., & Sanhueza Alvarado, O. (diciembre de 2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. *Aquichan*, 16(4), 430-446. Recuperado el 12 de octubre de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/741/74148832003.pdf>

Estrada Zapata, K. (diciembre de 2019). Pensamiento crítico: concepto y su importancia en la educación en Enfermería. *Index de Enfermería*, 28(4), 204-208. Recuperado el 11 de octubre de 2021, de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962019000300009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300009)

Gómez, M. C. (2019). Estudio sobre la experiencia de dolor en niños prematuros internados. Algunos hallazgos en el personal de salud durante trabajo de campo. *Revista Argentina de clínica psicológica*, XXVIII(5), 662-667. Recuperado el 12 de junio de 2021, de [https://www.revistaclinicapsicologica.com/pdf\\_files/trabajos/vol\\_28/num\\_5/RACP\\_28\\_5\\_662\\_D80FO95RVV.pdf](https://www.revistaclinicapsicologica.com/pdf_files/trabajos/vol_28/num_5/RACP_28_5_662_D80FO95RVV.pdf)

Guerrero Márquez, G., Concepción Miguez Navarro, M., Sánchez García, I., Plana Fernández, M., & Ramón Llácer, M. (2019). Manejo del dolor en urgencias pediátrica. (S. E. Pediátricas, Ed.) *Enfermería Intensiva*, 3, 1-40. Recuperado el 17 de junio de 2021, de [https://seup.org/pdf\\_public/pub/protocolos/28\\_Dolor\\_urgencia.pdf](https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/28_Dolor_urgencia.pdf)

Guerrero Ramírez, R., Meneses La Riva, M. E., & De la Cruz Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson. *Revista Enfermería Herediana*, 9(2), 133-142. doi: <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>

Hernández Sampieri, R., Fernández Callado, C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. (M. Hill, Ed.) Recuperado el junio de 2021, de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Lisseth Barra, C., Alejandra Marín, P., & Coo, S. (2021). Cuidados del desarrollo en recién nacidos prematuros: fundamentos y características principales. *Andes pediátrica*, 92(1), 121-137. doi:10.32641/andespediatr.v92i1.2695

Lozano-Domínguez, M. M., Macías-Solórzano, C. G., & Vargas-Aguilar, G. M. (20 de Junio de 2017). Importancia del cuidado de enfermería en la atención. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 780-795. Recuperado el 11 de octubre de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325491>

- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. (23 de mayo de 2002). Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales, incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. *Resolución 306/2002*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 05 de 11 de 2021, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/74680/norma.htm>
- Navarro, P. (enero de 2021). *Clasificación del recién nacido: facilitar el diagnóstico y prevenir complicaciones*. Recuperado el 11 de octubre de 2021, de VYGON: <https://campusvygon.com/clasificacion-rn/>
- NIDCAP. (2021). *NIDCAP Federation International*. Recuperado el septiembre de 2021, de <https://nidcap.org/professionals/supports-for-nursery-change/nidcap/#overview>
- Nores, R., Acosta, S., Córdoba, N., Pérez, L., Beisel, Y., & Medina, O. (2021). *Cuaderno de cátedra: Investigación en Enfermería*. Rosario, Santa Fe, Argentina: UNR, Facultad de CS MS, Escuela de Enfermería.
- Núñez Cascante, K. (29 de septiembre de 2017). *Jean Watson expuso su filosofía del cuidado humanizado a la enfermería costarricense*. (Colegio de Enfermeras CR) Recuperado el 11 de octubre de 2021, de Boletín del Colegio de Enfermeras C.R: <https://boletin.enfermeria.cr/jean-watson-expuso-su-filosofia-del-cuidado-humanizado-a-la-enfermeria-costarricense/>
- Ortega López, R. M., Aguirre Gozález, M. E., Pérez Vega, M. E., Aguilera Pérez, P., Sánchez Castellanos, M. D., & Arteaga Torres, J. (junio de 2018). Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. *CienciaUAT*, 12(2), 29-39. Recuperado el 11 de octubre de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-78582018000100029](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100029)
- Ortiz, A., Zambrano, K., Menéndez, P., Guillermo, L., & Cadena, P. (2019). Los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los médicos en los servicios de neonatología en Ecuador en relación al tratamiento del dolor. *Revista Ecuatoriana Pediátrica*, 20(2), 23-30. Recuperado el 11 de octubre de 2021, de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1116492/revista-pediatria-vol-20-no2-2019v1-min-25-32.pdf>
- Peñaloza Rojas, A. A., Contreras Barreto, K. P., Beltrán Hernández, G., & Michilena Osorio, B. E. (mayo-agosto de 2018). Conocimientos de enfermería: manejo del dolor. *Conecta Libertad*, 2, 26-35. Recuperado el 11 de octubre de 2021, de <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/64/168>

- Pineda, E., Alvarado, E., & F, C. (1994). *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud* (2da ed.). Washington: OPS/OMS.
- Raile, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (Vol. 9). (E. España, Trad.) Barcelona, España: Elsevier Inc. Recuperado el 11 de octubre de 2021, de [https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=nlpqDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=ernestine+wiedenbach+teoria&ots=6qZthtUn8S&sig=4chU\\_Vy69jMITiEwkFSoUd-pcYA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=nlpqDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=ernestine+wiedenbach+teoria&ots=6qZthtUn8S&sig=4chU_Vy69jMITiEwkFSoUd-pcYA#v=onepage&q&f=false)
- Robaina Castellanos, G., Pérez Llorca, L., & Rodríguez, R. R. (abril-junio de 2019). Efectividad de un protocolo para la atención del dolor en neonatos menores de 1500 grs. *Revista Cubana de Pediatría*, 91(2). Recuperado el 15 de junio de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475312019000200008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312019000200008&lng=es&tlng=es)
- Romero Vallejos, A. D., & Rodriguez Riveros, M. I. (2019). Conocimiento e intervenciones no farmacológicas para reducir dolor y estrés neonatal. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.*, 17(3), 34-40. Recuperado el 10 de octubre de 2021, de <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v17n3/1812-9528-iics-17-03-34.pdf>
- San Martín, D., Valenzuela, S., Huaiquian, J., & Luengo, L. (octubre de 2017). Dolor en el recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico chileno. *Enfermería Global*, 16(4), 1-12. Recuperado el 17 de junio de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365852824001.pdf>
- Sandes, V. A. (noviembre de 2019). Protocolo de cuidado de enfermería para el recién nacido con tratamiento del dolor. *Notas de Enfermería*, 19(34), 14-25. Recuperado el 10 de octubre de 2021, de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/26319>
- Soto Hilario, J. D., & Veramendi Villavicencios, N. G. (diciembre de 2017). Conocimiento y aplicación de cuidados ante el dolor neonatal. *Opción*, 33(84), 536-556. Recuperado el 14 de junio de 2021, de <https://www.redalyc.org/journal/310/31054991019/html/>
- Taínta, M., Arteché, Y., Martín, I., Salas, V., & Goñi, R. (mayo-agosto de 2020). Conocimientos y actitudes de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos acerca del dolor de los pacientes. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 43(2), 177-187. Recuperado el 9 de octubre de 2021, de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272020000200007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272020000200007)

