

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
“HERMILIO VALDIZÁN” HUANUCO  
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA PEDIATRICA**



**FACULTAD DE ENFERMERIA  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

---

**RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL  
PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA APLICACIÓN DE  
MEDIDAS PARA ELIMINAR EL DOLOR EN NIÑOS DEL  
SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE QUEMADOS DEL  
INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO SAN BORJA LIMA**

**2014**

---

**TESISTAS:**

**Lic. Enf. ACOSTA CARDENAS SANDRA**

**Lic. Enf. MADALENGOITIA ARAUJO DE COSTA  
LESLIE MARIAN**

**Lic. Enf. VELASQUEZ COLQUE MARINEL**

**PARA OPTAR EL TITULO SE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
EN ENFERMERIA PEDIATRICA**

**2019**

RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE  
ENFERMERIA EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS PARA ELIMINAR EL  
DOLOR EN NIÑOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE  
QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO SAN BORJA LIMA

2014

**DEDICATORIA.**

A Dios nuestro creador  
por darnos la vida y fortaleza  
para continuar superándonos  
en nuestra profesión.  
(LAS AUTORAS.)

El presente estudio lo dedicamos a  
nuestra familia por él apoyo incondicional,  
por su paciencia y ser nuestra fortaleza  
desde nuestra formación profesional  
hasta ahora, al lograr nuevos retos.

Sandra, Leslie y Marinel.

## AGRADECIMIENTO

Gratitud eterna a los que contribuyeron a este esfuerzo:

- A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, templo del saber, cuyas paredes son testigos de nuestra superación.
- A los docentes de la segunda especialidad de enfermería pediátrica, por habernos brindado sus conocimientos en bien de nuestra formación profesional.
- A nuestra asesora Rene Castro Bravo, por el apoyo incondicional en el asesoramiento del presente trabajo.
- A la dirección y a las colegas enfermeras del hospital quienes nos brindaron su apoyo incondicional para la realización de este presente estudio sin ello no hubiera sido posible la realización de esta tesis.

## RESUMEN

La presente investigación no experimental, cuantitativa, descriptivo – correlacional, transversal, ha logrado determinar la relación entre el conocimiento y la práctica asistencial de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014. La población muestral fue de **20** profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja, a quienes a través de los instrumentos un cuestionario y una ficha de cotejo se les evaluaron sus capacidades. Entre los objetivos fue determinar el nivel de conocimiento teórico y el nivel de aplicación práctica asistencial sobre medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados, para finalmente entablar una relación entre ambas variables. Para el procesamiento de datos se utilizó SPSS, versión 17.0 y para realizar relacionar las variables del estudio se utilizó el estadígrafo chi cuadrado, el valor de  $X^2 = 6.412$  con nivel de significancia **p – valor = 0.0048 < 0.005**; por tanto **si existe correlación significativa entre** el nivel de conocimiento teórico y el nivel de aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños del Servicio de Hospitalización de quemados de la institución en investigación; **aceptándose la hipótesis alterna** y rechazándose la hipótesis nula.

**Palabras Clave:** dolor quemadura niños.

## ABSTRACT

This research is not experimental, quantitative, descriptive - correlational, cross, it has managed to determine the relationship between knowledge and health care practice of nursing professionals Service Hospital burn the National Institute for Children San Borja 2014. The sample population was 20 nurses of Hospitalization burned the National Institute for Children San Borja, who instruments through a questionnaire and tally sheet will be assessed their capabilities. Among the objectives was to determine the level of knowledge and level of care practice implementation on measures to eliminate pain in children burn hospital service, to finally establish a relationship between two variables. For data processing SPSS version 17.0 was used and for the study variables relate the chi-square statistic, the value of  $X^2 = 6,412$  with significance level was used  $p - \text{value} = 0.0048 < 0.005$ ; **so if there is significant correlation** between the level of knowledge and level of implementation of measures to eliminate pain in children burned Hospitalization research institution; **accepting the alternative hypothesis** and rejecting the null hypothesis.

**Keywords:** pain, burn children.

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN.....	xvi
CAPITULO I.....	18
MARCO TEORICO.....	18
1.1    Antecedentes.....	18
1.1.1.    Antecedentes internacionales.....	18
1.1.2    Antecedentes nacionales .....	29
1.2    Base teórica.....	33
1.2.1. Dolor en niños.....	33
1.2.2    Teorías que explican el dolor. ....	38
1.2.3    Clasificación en función de la duración del dolor .....	40
1.2.4    Características de dolor por quemados. ....	42
1.2.5    Eficacia de los tratamientos multidisciplinarios para el dolor crónico .....	43
1.2.6    Reacciones del dolor en niños .....	49
1.2.7    Perfil de la enfermera ante los niños con dolor .....	53
1.3    Hipótesis.....	58
1.3.1    Hipótesis general:.....	58
1.3.2    Hipótesis específicas:.....	58
1.4.    Variables.....	59
1.5    Operacionalización de las variables:.....	60

CAPITULO II: MARCO METODOLOGICO .....	61
2.1 Ámbito de estudio.....	61
2.2 Población y muestra .....	62
2.2.1 Población .....	62
2.2.2 Muestra.....	63
2.3 Tipo de estudio.....	63
2.4 Diseño de investigación .....	64
2.5 Técnicas e instrumento.....	64
2.5.1 Técnicas.....	64
2.5.2 Instrumentos .....	64
2.5.3 Validez y fiabilidad de los Instrumentos .....	66
2.6. PROCEDIMIENTO.....	67
2.7 Plan de tabulación y análisis de datos .....	68
CAPITULO III.....	69
RESULTADOS Y DISCUSION. ....	69
3.1. Resultados .....	69
3.1.1. Análisis descriptivo .....	69
3.1.2 Análisis inferencial.....	88
3.2 Discusión .....	93
CONCLUSIONES .....	100
RECOMENDACIONES.....	104
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	105
Bibliografía.....	110
ANEXOS .....	110
ANEXO 01: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO ACERCA DE MANEJO DE DOLOR EN NIÑOS HOSPITALIZADOS.....	111



ANEXO N° 2_GUIA DE OBSERVACION.....	115
ANEXO N° 03_CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	117
ANEXO 4_FIABILIDAD DE Guía de Observación .....	120
ANEXO 5 FIABILIDAD DE Cuestionario .....	121
ANEXO 6_APROBACION DEL USO DEL INSTRUMENTO POR PARTE DE LOS JURADO DE EXPERTOS.....	122

## INDICE DE TABLAS

Tabla 01. Edad en años de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014. ....	69
Tabla 02. Sexo de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014. ....	71
Tabla 03. Años de experiencia de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014. ....	72
Tabla 04. Situación Laboral de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014. ....	73
Tabla 05. Situación de los profesionales de enfermería respecto al estudio de especialidad en Enfermería Pediátrica en el Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014. ....	74
Tabla 06. Los profesionales de enfermería recibieron capacitación de parte del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.....	75
Tabla 07. Nivel de Conocimiento teórico sobre medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	76
Tabla 08. Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014. ....	77
Tabla 09. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es la de permitir la visita de los padres para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014. ....	78

Tabla 10. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es la de darle confianza para que exprese su dolor para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	79
Tabla 11. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico cómo es la de disminuir la luz excesiva para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	80
Tabla 12. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es la de disminuir el ruido excesivo para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014. ....	81
Tabla 13. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es el de permitir el uso de sus juguetes para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014. ....	82
Tabla 14. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es el trato humano para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014. ....	83
Tabla 15. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es la alimentación con leche materna para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014. ....	84
Tabla 16. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es el de Acurrucarles para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	85
Tabla 17. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es el de hablarles suavemente para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	86

Tabla 18. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico y farmacológico para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	87
Tabla 19. Análisis de relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014. ....	88
Tabla 19. Análisis de relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación práctica de manejo del dolor mediante técnicas No farmacológicas en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	90
Tabla 20. Análisis de relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación práctica de manejo del dolor mediante técnicas farmacológicas en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	91

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Edad en porcentaje, de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014. ....	70
Gráfico 02. Sexo de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014 .....	71
Gráfico 03. Años de experiencia de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014 .....	72
Gráfico 04. Situación Laboral de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014 .....	73
Gráfico 05. Situación de los profesionales de enfermería respecto al estudio de especialidad de Enfermería pediátrica del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014 .....	74
Gráfico 06. Los profesionales de enfermería recibieron capacitación de parte del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014 .....	75
Gráfico 07. Nivel de Conocimiento teórico en aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	76
Gráfico 08. Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	77
Gráfico 09. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	78

Gráfico 10. Nivel de aplicación práctica de medidas no farmacológicas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	79
Gráfico 11. Nivel de aplicación práctica de medidas no farmacológicas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	80
Gráfico 12. Nivel de aplicación práctica de medidas no farmacológicas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	81
Gráfico 13. Nivel de aplicación práctica de medidas no farmacológicas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	82
Gráfico 14. Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	83
Gráfico 15. Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014. ....	84
Gráfico 16. Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	85
Gráfico 17. Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....	86
Gráfico 18. Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico y farmacológico para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014. ....	87

- Gráfico 19. Relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.....89
- Gráfico 19. Relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación práctica de manejo del dolor mediante técnicas No farmacológicas en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014. ....90
- Gráfico 20. Relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación práctica de manejo del dolor mediante técnicas farmacológicas en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014. ....92

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio se denomina: Relación del Nivel de conocimiento del personal de enfermería en la aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Un serio problema de salud pública lo constituyen las quemaduras en edad infantil, estos accidentes ocasionan lesiones graves e incluso corren el riesgo de morir, dejan secuelas invalidantes, funcionales y estéticas que generan problemas psíquicos, sociales y laborales serios durante toda la vida, esto no solo es la gravedad física en los niños sino es más el problema psicológico, tanto para los padres sino para el entorno familiar, que va desequilibrar en muchas ocasiones pueden llegar a disgregarse las familias (1)

**En Cuba.** Enrique J. Moya Rosa et al.2015.en su artículo sobre “Quemaduras en edad Pediátrico”, mencionan que las quemaduras en edad infantil representan un reto terapéutico para el equipo multidisciplinario que se ocupa de su tratamiento. Estas lesiones dependiendo de su gravedad, profundidad, daño en el área y diversos factores ponen en riesgo la vida del niño. (2)

Estas lesiones ocasionan traumas en el paciente y constituyen una de las causas más frecuentes de accidentes en la infancia, la mayoría son evitables y son ocasionados por descuidos, por o también por no prever los peligros potenciales de los lugares en riesgo, razón por la cual el lactante y niño pequeño deben recibir protección del medio que los rodea tanto por su curiosidad como por su afán de imitar a los mayores. (2).



La autora Ramírez Argumé, Raquel Lucía del Pilar. 2009 señala que, el dolor que es ocasionado por las quemaduras es demasiado intenso debido a la sobreexcitación de nociceptores y el daño tisular característico. Esto genera estados de hiperalgesia que debe ser tratado a tiempo para evitar consecuencias negativas en el paciente pediátrico. El 50% de las quemaduras se presenta en niños de 2 a 5 años de edad, etapa en la que reaccionan con intensa perturbación emocional, física y social a toda experiencia y/o amenaza dolorosa. Los factores que afectan la percepción del infante con respecto al dolor son: El temor, ansiedad, separación de los padres y el núcleo familiar, el estrés propio de la quemadura, procedimientos y/o curaciones. Y para ello es necesario que el personal de enfermería actúe favorablemente realizando un adecuado manejo del dolor, a fin de favorecer una pronta recuperación en el niño.<sup>(3)</sup>

El propósito del presente estudio estará orientado a brindar conocimiento científico y actualizado sobre las actitudes que debe considerar el personal de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja y que le sirva de base para planificar sus estrategias de esta manera mejorar o fortalecer el conocimiento del personal sobre manejo del dolor en niños, contribuyendo a la mejora de la atención asistencial del paciente.

Para una mejor explicación el trabajo se dividió en capítulos siendo de la siguiente manera: En el Primer Capítulo el Marco Teórico donde se consigna antecedentes, bases teóricas, objetivos, hipótesis y variables. En el Segundo Capítulo se considera: ámbito de estudio, población tipo de estudio, diseño de investigación, técnicas e instrumento, procedimiento y plan de tabular. En el Tercer Capítulo resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

Las Autoras.

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEORICO**

### **1.1 Antecedentes.**

#### **1.1.1. Antecedentes internacionales**

Una agresión física grave y muy dolorosa son las quemaduras y estas generan trauma y dolor y es considerado la máxima agresión que puede sufrir un ser humano.

Las quemaduras que sufre la población infantil representan un serio problema en la salud pública, además del riesgo que de morir y las lesiones pueden dejar severas secuelas invalidantes, funcionales y estéticas que causan problemas psíquicos, sociales y laborales serios durante toda la vida.

COLOMBIA. Soto Rodríguez Mercedes Jacqueline 2013, en su trabajo de investigación sobre “manejo del dolor” dice: que la principal responsabilidad del personal de enfermería es aliviar el dolor y el sufrimiento, precepto consagrado en el Código de Ética del Comité Internacional de Enfermería donde resalta que “la existencia como profesional de Enfermería es contribuir con un eficaz tratamiento y atención al dolor, no solo aplicando su área cognoscitiva, sino también en el área actitudinal, y ello se debe reflejar en sus cuidados diarios”. (4)

Es así que la enfermera tendrá el deber de incluir dentro de su programa de trabajo, técnicas cognoscitivas, actitudinales y de comportamiento para calmar el dolor y sufrimiento humano, evitando caer en la cotidianidad con el dolor ya que este sólo limitaría su accionar.

La atención de Enfermería al paciente pediátrico específicamente, implica un papel protagónico en la atención del niño que ha sufrido una lesión por quemaduras y que consiguientemente experimentará sufrimiento, es preciso brindar al niño un ambiente de buen trato y cuidado como una de las manifestaciones más apremiantes de mejoría y control, así como la prevención de complicaciones consecuentes.

Es por ello que se decide investigar sobre el manejo del dolor en niños con quemaduras, ya que existe poca información sobre la calidad de atención al dolor debido a conceptos erróneos, falta de tiempo, falta de motivación, dificultad para medir el dolor y desconocimiento sobre el alivio de dolor, entre otros, produciendo sufrimiento innecesario al niño con el consiguiente retraso de su recuperación. (3)

### **PERCEPCION DEL DOLOR POR EL NIÑO**

El dolor no es únicamente un fenómeno biológico, son muchos los factores ya sean psicológicos o de entorno que pueden condicionar la sensación no conceptiva y por ello un mismo estímulo provoca reacciones dolorosas desiguales.

Los pre-escolares son capaces de describir algunos aspectos de la localización, intensidad y calidad del dolor. Si el paciente tiene la capacidad de describir su dolor, es mejor preguntarles directamente y así evaluar las características de su dolor, donde ellos nos referirán el área dolorosa y algunas otras zonas adyacentes. Es importante que se les brinde la

credibilidad y atención respectiva a los pacientes preescolares,<sup>5</sup> ya que en el XXXIV Congreso de la Sociedad Española de Cardiología en el año 1998, Jesús Gómez Palomar concluye que la otra definición del dolor es tan simple, como real: “el dolor es lo que el paciente, independientemente de su edad, refiere siempre que exista una posible causante”<sup>(3)</sup>

### REACCION ANTE EL DOLOR DEL NIÑO

Los preescolares presentan reacciones semejantes a las que se observa durante la lactancia, con la excepción de que el número de variables que influyen en su respuesta individual es muy complejo y variado: el recuerdo de las experiencias dolorosas pasadas, la calidad de memoria del niño, las limitaciones físicas, la separación de los padres, las reacciones emocionales de sus compañeros de habitación, y la falta de preparación previa van a determinar en parte la intensidad de la respuesta conductual del niño.

El sentimiento del dolor empieza a verse influenciada por el entorno hospitalario, donde la causa del dolor se atribuye a fenómenos concretos, y el “contagio” donde se relacionan dos sucesos por “magia”; así, el preescolar relaciona el dolor primariamente como una experiencia física concreta, lo interpreta como un castigo por alguna travesura, sintiéndose en alguna medida responsable y culpable de su dolor, o en algunos casos tienden a culpar el dolor generado (mayormente por procedimientos) al que se lo genera, ocasionando rechazo hacia este (casi siempre el personal de salud). Los preescolares son vulnerables ante la amenaza de lesión corporal por los conflictos psicosexuales propios de su edad, siendo los procedimientos invasivos, dolorosos o no, el principal temor. El pensamiento del preescolar acerca del dolor, se centra en los sucesos<sup>(5)</sup>

Según Figueroa, Medina y Josédir manejar el dolor resulta complicado ya que requiere de mucho cuidado, mucha consideración, tratar de ponerse en el

lugar del paciente y conseguir disminuir su estrés, la estadía en el centro hospitalario podría, aumentar la satisfacción fisiológica y psicológica. Se evidencian estudios que demuestran que un buen tratamiento, no es sólo un acto humanitario, sino que es una obligación del equipo sanitario<sup>(4)</sup>

Para la atención y cuidado de una persona con quemaduras severas se pueden identificar tres fases. Fase de reanimación, fase aguda y rehabilitación. En la Fase de reanimación, los dolores que ocasionan las quemaduras severas se controlan mediante una manipulación mínima y suave. El grado de dolor disminuye cuanto mayor es la profundidad de la lesión, es decir, las quemaduras cuya dermis ha sido destruida son generalmente sin dolor, porque las terminaciones nerviosas están afectadas.<sup>(6)</sup>

Es preciso brindar apoyo emocional y permitir la comodidad para disminuir el miedo y la ansiedad como resultado de quemaduras. La información honesta sobre la realidad del paciente, fomenta la confianza necesaria para el bienestar emocional y la aceptación de tratamientos dolorosos. La explicación anterior de los procedimientos y el diálogo durante la misma reduce la ansiedad.<sup>7</sup>

Además de ello, es conocido por todos que, el apoyo son las posiciones que la Iglesia ha tenido frente a situaciones como el manejo del dolor.<sup>8</sup>

Fue citada por cientos de autores la postura del Papa Pío XII, cuando afirmó: "La supresión del dolor y aún la inconsciencia por medio de drogas, cuando hay razones médicas que lo indiquen, son permitidos por la religión y la moral, tanto al médico como al paciente, aunque en algunos casos dichas drogas pudieran acortar un poco la vida"<sup>9,10</sup>

MURCIA. Robles Mena, Daniel 2014, en su trabajo de Investigación sobre: el paciente quemado menciona: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas (UNICEF) (2008) las quemaduras ocupan uno de los cinco puestos en las principales causas de muerte a nivel mundial. En concreto, las quemaduras causadas por el fuego son la causa de muerte de cerca de 96.000 niños al año, cuya tasa de mortalidad es 11 veces mayor en los países de bajos y medianos ingresos que en los de ingresos altos<sup>11</sup>

Dependiendo de la gravedad de las quemaduras, las personas afectadas por estas lesiones son consideradas, pacientes críticos, ya que necesitan de cuidados especializados e individualizados a favor de su bienestar emocional y físico, así como también de un control estricto de estas heridas para evitar las infecciones, que pueden provocar el fallecimiento del paciente que se esté tratando.

Los efectos psicológicos de las quemaduras son múltiples y variados que ocasionan desde ansiedad y dolor hasta la desfiguración física de la víctima<sup>12</sup>

El manejo del dolor es fundamental para evitar la aparición del dolor patológico que llevara a nuestros pacientes a la manifestación del dolor crónico y con ella al desmedro de su vida personal y laboral. Por tanto, el tratamiento debe iniciarse idealmente en el lugar del accidente y sólo terminará cuando el paciente este totalmente rehabilitado de sus quemaduras. Desafortunadamente el sub tratamiento es una realidad repercutiendo directamente en la recuperación de las quemaduras. Una posible explicación es tal vez la falta de conocimientos de la neurofisiología del dolor en los pacientes quemados, la disminución del

entrenamiento practico en manejo del dolor y los temidos mitos asociados, al uso de opioides tales como el temor a las reacciones adversas y a la adicción iatrogénica.<sup>13</sup>

En el año 2004 el Ministerio de Salud de Chile acoge las recomendaciones de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED) y dicta un decreto Ministerial de Gobierno en la que se incorpora la medición del dolor como 5to signo vital. Chile se convierte así en el 1er País de América del Sur en cumplir la solicitud de la JACHO, sin embargo, en la práctica la medición sistemática del dolor sigue siendo un sueño <sup>14</sup>

En MEXICO La prensa laica informa alrededor de 100,000 quemados anuales, y el tratamiento del dolor en los quemados es un problema no resuelto por lo que los pacientes tienen secuelas físicas y psicológicas nada favorable. La evolución dinámica del dolor por quemadura y los factores que influyen su percepción ilustran la necesidad de contar con un plan terapéutico interdisciplinario con un grupo médico más activo. Existen algunas facetas del dolor de fondo, en el dolor incidental, durante los procedimientos y después de cirugía que se deben de valorar día a día durante el tratamiento. Los narcóticos son la piedra angular, pero se deben de combinar con analgésicos no opioides, con antagonistas del receptor NMDA como la ketamina y la gabapentina, con agonistas alfa2 como la clonidina y aun mejor la dexmedetomidina. El acetaminofén tiene actividad antipirética y de ahorro en el uso de opioides que es muy útil en este escenario clínico. Este artículo describe someramente algunos aspectos del dolor en los pacientes quemados con la idea de atraer a los anestesiólogos para que se involucren en este vital campo del control del dolor agudo <sup>15</sup>.

**En Chile** El Real Decreto 1093/2010, de 3 de Septiembre aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud 178, y en el que se regula la necesidad de utilizar de manera oficial los lenguajes del cuidado en los informes clínicos de Enfermería. Por primera vez se ha explicitado, no solo dejar constancia de los cuidados prestados a los usuarios (las intervenciones) sino de puntualizar el motivo diagnóstico que justificó dicho tratamiento” El diagnóstico sin el cual no puede haber ningún estudio sobre el cuidado”. Estos datos deben formar parte del informe de cuidados de Enfermería. En el caso de pacientes hospitalizados que presentan quemaduras y sean dados de alta se adjuntará informe de cuidados de enfermería, con un espacio específico donde se refleje la evolución y cuidados actuales de las heridas y piel epitelizada. Será su enfermera/o referente y/o su enfermera/o gestor/a de casos la que contactará con la enfermera de atención primaria que continuará sus cuidados para garantizar que cuando el paciente sea trasladado no se interrumpa su proceso de cuidados. Si se produce un ingreso de un paciente con quemaduras, la enfermera de atención primaria enviará “Informe de cuidados de enfermería en personas con quemaduras” a la Unidad de Hospitalización donde ingrese el paciente. En el caso de que el paciente sea trasladado desde el hospital o el domicilio habitual, a otro domicilio diferente, incluso otra comunidad autónoma, se garantizará que se entrega a la persona cuidadora principal una copia del “Informe de cuidados de enfermería”, para que la enfermera que asuma el cuidado tenga toda la información necesaria. Los pacientes en programa de atención domiciliaria que presentan quemaduras y zonas ya epitelizadas tendrán en su domicilio información sobre la evolución y cuidados actuales de las mismas <sup>16</sup>.



MEXICO. Gómez-Torres Danelia, et al 2014, en su trabajo Titulado “voces de las enfermeras “dice: en su investigación cualitativa con el objetivo de relevar la percepción de la enfermera dice. El aspecto emocional de la enfermera, el ser humano la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación, las expresiones faciales también afectan a la persona que nos está mirando alterando su conducta. Si observamos a alguien que llora, nosotros nos ponemos tristes o serios e incluso podemos llegar a llorar como esa persona. Por otro lado, se suelen identificar bastante bien la ira, la alegría y la tristeza de las personas que observamos. Cada individuo manifiesta la emoción dependiendo de su historia de vida, relacionada con el aprendizaje, el carácter y la situación concreta. El importante papel que la implicación emocional juega en el trabajo diario de la enfermera. La empatía por el dolor puede activar diferentes respuestas afectivas, que motivan al profesional a desarrollar acciones consecuentes con el estado afectivo cuando esté observa el dolor, el observador deberá estar orientado hacia la persona que lo padece, y su estado afectivo permitirá conductas de apoyo reconfortantes y otros. Tener conciencia del efecto benéfico que proporciona a los pacientes quemados a través de sus intervenciones, se pone de manifiesto en el personal entrevistado al describir sus emociones en relación a su proyección en cuanto a sus hijos o familiares, poniéndose en el lugar de la madre, o pensando que una situación así pudiera presentarse en su familia. Por lo que discrepamos a lo referido por Achury en cuanto que, en la práctica clínica, el abordaje del dolor por parte de los profesionales, se ha reducido al control fisiológico y farmacológico, dejando atrás el componente social, emocional y sus repercusiones, ya

que las revelaciones hechas por las enfermeras se anteponen rotundamente a esta ideología.

El profesional de enfermería tiene en el ámbito de su trabajo, una interacción que le demanda una atención integral, donde debe poseer competencias cimentadas en todas las esferas humanas, de tal manera poder controlar las emociones ajenas y las propias, al generar un estado de crisis dolorosa con sus intervenciones, porque en situaciones difíciles, debe soportar el dolor de quien atiende, como producto de un vínculo de humano a humano.

Cabe destacar que se logró percibir que las enfermeras con menor antigüedad laboral interactúan más fehacientemente con el paciente quemado, mostrando mayor sensibilidad y empatía hacia el niño, con actitudes eficaces en favor de eliminar los procesos dolorosos, en comparación con enfermeras de mayor antigüedad, por lo que se cree que la edad laboral es una determinante, a ser considerada en los planes de rotación por estas unidades, en pos de calidez de la intervención de enfermería <sup>17</sup>.

**En Cuba.** Rodríguez Orcila dice: Los padres cumplen un rol muy importante en la atención del niño quemado, por ello deben poseer una base de conocimientos sólidos y actitudes positivas para participar en el cuidado del niño, es aquí donde el profesional de enfermería desempeña un papel especial creando las condiciones necesarias para lograr que las padres participen en el cuidado directo de sus hijos bajo su supervisión y orientación, contribuyendo de esta manera a reducir complicaciones, mejorando la calidad de vida de este grupo vulnerable

<sup>18</sup>.

**En España**, Martínez Ángeles 2006 dice: El efecto de la hospitalización en niños documenta ampliamente las respuestas emocionales por ansiedad por separación, por ira, por miedo, el trauma de lesión al alejar al niño de su ambiente familiar y la interrupción de su rutina diaria lo dejan confundido y emocionalmente agotado, la respuesta de hospitalización con el estado de desarrollo por todo ello es importante un soporte familiar sólido brindado por los padres <sup>19</sup>

En el Hospital Universitario de San Vicente de Paul. Soto Rodríguez Mercedes Jaqueline en 2013 en su trabajo de Investigación “Manejo del Dolor” realizado en niños atendidos en la Unidad de quemados del Hospital Pediátrico Dr. Gilberto Elizalde, dice: Los cuidados de enfermería son la realidad ambiental, espacial y temporal inmediata en donde la enfermera y el paciente entablan una relación para afrontar los cambios de salud y ajustarse a los cambios de la actividad de la vida diaria si así lo requiere. La función de la enfermera está en proceso de interacción empática que solo conseguirá a través de los valores fundamentales del respeto y solidaridad. En este estudio justifica porque permite conocer el manejo del dolor en niños con quemaduras atendidos en la unidad de quemados de mencionado hospital y servirá para valorar el dolor y planificar intervenciones de enfermería que permita su adecuado manejo, a fin de favorecer el alivio y control del dolor y una pronta recuperación del niño. El dolor producido por las quemaduras es considerado como una de las más intensas debido a la sobreexcitación de nociceptores y el daño tisular característico. Esto puede conllevar a de hiperalgesia que, de no ser tratado a tiempo y correctamente, provocaría diversas consecuencias en el paciente pediátrico.

Además, dice, que, el 50% de las quemaduras ocurre entre los 2 y 5 años de edad etapa en la que reaccionan con intensa perturbación emocional, física y social a toda experiencia y/o amenaza dolorosa. El temor, ansiedad, separación de los padres y el núcleo familiar, el estrés propio de las quemaduras, procedimientos y/o curaciones, son factores que aumentan la percepción el dolor en el niño preescolar<sup>20</sup>

En Chile. Collao, Carmen, en los años 2001- 2002 realiza el trabajo de investigación titulado “Actitud del Personal de Enfermería hacia el niño con dolor”; donde el objetivo estaba destinado a determinar la actitud de la enfermera frente al dolor y caracterizar algunos factores que influyen en dicha actitud. El estudio fue de tipo descriptivo, con un diseño de tipo correlacional transversal durante los meses de noviembre del año 2001 a enero del año 2002. La muestra poblacional total fue de 43 entre enfermeras y personal técnico de enfermería, del Hospital Regional de Antofagasta. Los resultados arrojaron que: “El 72% de las enfermeras muestran una actitud desfavorable hacia el dolor, mientras que el 27% de ellas muestran una actitud favorable frente al dolor. Dentro de los factores que influyen en dicha actitud está la edad, el tiempo de ejercicio profesional, estado civil de las enfermeras, la presencia de hijos, antecedentes de familiares hospitalizados que hayan experimentado dolor, la capacitación continua.” En lo que respecta a la edad, se especifica que la mayoría de los encuestados tienen entre 36 a 55 años de edad; el tiempo de ejercicio profesional de más del 50% de las enfermeras es de 10 años de servicio; el 64% de las enfermeras y personal técnico presentan pareja ya sea convivientes o casados; el 72% tiene hijos; casi el 60% de las enfermeras y personal técnico tienen antecedentes familiares de pacientes hospitalizados con dolor; y el 58% de la muestra de

enfermeras no se ha capacitado continuamente (3 veces cada 6 meses como mínimo, para condiciones de este estudio).<sup>21</sup>

En Colombia, Tovar, Ana María en el año 2005 (Octubre-Diciembre) publica en la Revista “Colombia Médica”, Volumen 36 - N ° 4, suplemento número 3; un artículo sobre el “DOLOR EN NIÑOS”, donde asevera que la percepción del dolor en los niños se desarrolla desde el segundo trimestre del embarazo, sin embargo la transmisión y modulación del dolor en el niño es diferente al del adulto. Dentro de la neurofisiología del desarrollo del dolor, concluye que: “Los mecanismos básicos de percepción del dolor en lactantes y niños preescolares, son similares a los de los adultos e incluyen la transducción, transmisión, percepción y modulación del dolor. Sin embargo, debido a la inmadurez neurofisiológica y cognoscitiva propia del infante, hay algunas diferencias claves con las del adulto, tales como la inmadurez de las fibras conductoras del dolor y la carencia de neurotransmisores inhibitorios del dolor. Agrega que el aprendizaje acerca del dolor ocurre con la primera experiencia dolorosa a la cual se expone el niño; pero la percepción del dolor del niño se verá influida por los factores biológicos, cognoscitivos, psicológicos y socioculturales. Es por ello que la evaluación del dolor en los niños se hace necesaria, sea a través de diversas técnicas, tales como de auto-informe, de observación en el comportamiento y de medidas fisiológicas.”<sup>22</sup>

### **. 1.1.2 Antecedentes nacionales**

PERU. Jaramillo Fernandez, Carmen y Ching, Mendoza Juan, en el año 1996, sobre “Actitud de las madres frente al hijo menor de 15 años con secuelas de quemaduras” relacionados con su ubicación en el

INS, el cual tuvo como objetivo de identificar las actitudes de las madres en sus dimensiones Psicológicas y social frente al hijo menor de 15 años con secuela de quemaduras considerando la intensidad y dirección, el método empleado fue descriptivo de corte transversal correlacional, la población estuvo conformada por las madres de los niños quemados menores de 15 años que salieron de alta del servicio de quemados entre enero de 1994 y Julio del mismo año siendo un número total de 73 madres. Los instrumentos que se usaron fueron el cuestionario y escala actitudinal tipo Likert y se llegó a las siguientes conclusiones: La actitud de las madres frente al hijo menor de 15 años con secuela de quemaduras en la dimensión psicológica es de indiferencia un 60.3%, aceptación un 16.4%, rechazo un 23.3%, la dirección es negativa un 54.8 % y positivo 45.2%, en la dimensión social son de indiferencia son 57.5%, aceptación 17.7% y rechazo 24.7%. La dirección negativa es de 58.8% y la positiva 41.1%

El estudio se tomó en cuenta por que están relacionados con los conocimientos y actitudes, el cual le ayudara al investigador a encaminar su trabajo, al análisis de sus datos y a la discusión de sus resultados.<sup>23</sup>

En la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo , se realizó una investigación sobre dolor en el neonato; Asimismo, tenemos que en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima en el año 2009 se realizó una investigación acerca del dolor agudo neonatal con estímulos dolorosos repetitivos, estudio randomizado comparando tres métodos analgésicos no farmacológicos; se realizó con tres grupos formados de manera aleatoria y con 40 recién nacidos sanos a término por grupo; para esto fueron sometidos a tres estímulos dolorosos durante los 3 primeros días de vida (vacuna contra hepatitis

B, BCG y muestra para grupo sanguíneo). El primer grupo (A) recibió lactancia materna y contacto piel a piel como método analgésico no farmacológico durante el estímulo doloroso, el grupo (B) recibió dextrosa al 10% y el grupo (C) una tetina sin nada, teniendo como resultados para ambas escalas que el grupo B expresó menor dolor en los tres estímulos, con 97,5% de NO DOLOR vs 87,5% (A) y 85% (C).<sup>24</sup>

### **Antecedentes regionales**

No se encontró trabajos de investigación en casos de niños quemados con dolor.

### **EL CONOCIMIENTO.**

El conocimiento ha sido tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología su acertada comprensión depende de la comprensión que se tenga del mundo.

Al respecto Ressel.1985 define al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en este proceso el sujeto se empodera de cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como “acción de conocer y ello implica tener la idea o idea de una persona o cosa”<sup>25</sup>

Los padres cumplen un rol muy importante en la atención del niño quemado, por ello deben poseer una base de conocimientos sólidos y actitudes positivas para participar en el cuidado del niño, es aquí donde el profesional de enfermería desempeña un papel especial creando las condiciones necesarias para lograr que las padres participen en el cuidado directo de sus hijos bajo su supervisión y orientación, contribuyendo de esta manera a reducir complicaciones, mejorando la calidad de vida de este grupo vulnerable <sup>26</sup>.

El alivio del dolor y sufrimiento está considerado como uno de los principales derechos del paciente, y una de las responsabilidades fundamentales del ejercicio profesional de Enfermería, precepto consagrado en el Código de Ética del Comité Internacional de Enfermería.<sup>27</sup> donde resalta que “la existencia como profesional de Enfermería es contribuir con un eficaz tratamiento y atención al dolor, no solo aplicando su área cognoscitiva, sino también en el área actitudinal, y ello se debe reflejar en sus cuidados diarios”. Es así que la enfermera tendrá el deber de incluir dentro de su programa de trabajo, técnicas cognoscitivas, actitudinales y de comportamiento para calmar el dolor y sufrimiento humano, evitando caer en la cotidianidad con el dolor ya que este sólo limitaría su accionar.

El personal de Enfermería desarrolla un papel importante y fundamental dentro del proceso de recuperación del paciente, ya que a su cargo está el brindar cuidados integrales al paciente, en cualquier etapa de la vida, teniendo en cuenta la necesidad individualizada del paciente según sus características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales propios. La atención de Enfermería al paciente pediátrico específicamente, implica un papel protagónico en la atención del niño que ha sufrido una lesión por quemaduras y que



consecuentemente experimentará dolor como una de las manifestaciones más apremiantes de alivio y control, así como la prevención de complicaciones consecuentes. Por ello, requiere desarrollar y reforzar sus capacidades cognitivas, técnicas y actitudinales para enfrentarse no solo al dolor del niño lesionado, sino también a la familia que se encuentra en un estado de desaliento y descontrol emocional y lograr los mejores resultados en el tratamiento del dolor del niño quemado.

Sin embargo, a pesar de los avances con nuevos analgésicos y tecnologías para el tratamiento del dolor, este problema no se puede controlar en la magnitud que amerita, siendo muchas las causas, entre ellas la poca actualización en el alivio del dolor en niños que perpetua las conductas erróneas del personal de salud hacia el alivio del dolor, perjudicando la recuperación del niño quemado.

## **1.2 Base teórica**

### **1.2.1. Dolor en niños**

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como «una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial, o que se describe en términos de ese daño».

La definición hace hincapié en la naturaleza física y emocional del dolor. Con respecto al dolor en los niños cabe añadir que «La incapacidad de comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de que alguien esté sufriendo dolor y necesite un tratamiento analgésico apropiado. El dolor es siempre subjetivo...». El dolor es un fenómeno multidimensional, con componentes sensoriales, fisiológicos, cognitivos, afectivos, conductuales y espirituales. Las emociones

(componente afectivo), las respuestas conductuales al dolor (componente conductual), las creencias, las actitudes, y en particular las actitudes espirituales y culturales con respecto al dolor y a su control (componente cognitivo) alteran la forma como se padece el dolor (componente sensorial) modificando la transmisión de los estímulos nocivos (desagradables) al cerebro (componente fisiológico).<sup>28</sup>.

#### **a. Teoría de la especificidad del dolor**

Beatriz Sánchez Herrera en el 2003. Es una de las más antiguas, con las cuales se explica la transmisión del dolor. Se basa en la concepción de que siempre hay una relación de causa-efecto en la percepción del dolor, y propone que hay receptores específicos del dolor (nociceptores), que proyectan impulsos sobre vías nerviosas específicas de dolor (A-delta y fibras C) por la médula espinal hacia el cerebro.

Teoría del patrón del dolor Esta teoría surgió cuando se demostró que los nociceptores respondían a estímulos como la presión y la temperatura, y no solo al dolor. Sugiere que no hay nociceptores específicos para el dolor, y que este resulta de una combinación de intensidad de estímulos y del patrón de suma central de impulsos en el cuerno dorsal de la médula espinal.

#### **b. La teoría de los síntomas desagradables en el manejo del dolor**

Diana Marcela Achury Saldaña, el 2007. dice: Muchas veces el abordaje del dolor se ve limitado, porque los profesionales de la salud, en especial los enfermeros, desconocen la existencia y utilidad de

herramientas propias de la disciplina, que permiten una valoración integral y proporcionan elementos para orientar el manejo multidimensional e integral del dolor; por esto las teorías de rango medio, sobre todo la teoría de síntomas desagradables, permite delimitar el campo de la práctica profesional, la acción o intervención de la enfermera y el resultado propuesto.<sup>29</sup>

El dolor es el síntoma más frecuente en el manejo clínico o quirúrgico de las enfermedades que afectan al ser humano. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por su sigla en inglés) lo define como “una experiencia emocional y sensorial desagradable asociado con daño tisular potencial o real”<sup>30,31</sup>. Desde el punto de vista asistencial, está definido como “cualquier molestia corporal que indique el enfermo y que existe siempre que él lo señale”<sup>32</sup>. La existencia de muchos tipos de dolor se puede comprender a través del conocimiento de cuatro conceptos generales:

La nocicepción, que determina la detección del daño tisular por parte de “transductores” (terminaciones nerviosas libres).

La percepción del dolor, frecuentemente desencadenada por un estímulo nocivo, como lesión o enfermedad. También puede ser generada por lesiones en el sistema nervioso central o en el sistema nervioso periférico, como se ve en pacientes con neuropatía diabética, lesiones medulares, etc.

El sufrimiento, considerado una respuesta negativa inducida por el dolor y también por miedo, ansiedad, temor y otros estados psicológicos. · La conducta o comportamiento del dolor, que es el resultado del dolor y del sufrimiento. A su vez, reúne un conjunto de acciones que una persona hace o deja de hacer y que pueden

atribuirse a la presencia de lesión tisular. Ejemplos de ellas son quejas, muecas, recostarse, ir al médico, negarse a trabajar, etc. Estas conductas son percibidas por otras personas y pueden ser cuantificadas. Todos estos comportamientos son reales y probablemente estén influidos por el entorno y las consecuencias. Podemos considerar tres componentes esenciales que intervienen en la percepción dolorosa y se convierten en elementos necesarios al valorar y manejar el dolor:

- El sensorial, que se relaciona con la transmisión del impulso desencadenado y que informa su intensidad, localización y cualidad.
- El motivacional-afectivo, que se refiere a nuestras emociones frente a un impulso doloroso y la manera como estas pueden influir en su interpretación, caracterizando el dolor como desagradable. Generan ansiedad y depresiones.

El evaluador, que determina la influencia del dolor en la vida diaria y cotidiana del paciente. Como profesionales de la salud desempeñamos un papel muy importante en el manejo del dolor. No basta con administrar analgésicos y desdeñar la verdadera experiencia del dolor. Es necesario mirar más allá y profundizar en su verdadero significado no sólo desde el punto de vista teórico, sino práctico-vivencial, por las personas que lo padecen.

A partir de la importancia en el manejo del dolor, es fundamental analizarlo como un síntoma a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. Esta teoría de mediano rango permite definir los síntomas como indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal, como lo experimenta el paciente y, a la vez, nos brinda información acerca del dolor, al destacar unas

características propias y al permitir conocer los factores que afectan el síntoma y las consecuencias o resolución del dolor <sup>34</sup>.

Las teorías de rango medio se derivan de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería, proponen resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías y delimitan el campo de la práctica profesional, la acción o la intervención de la enfermera y el resultado propuesto<sup>35</sup>

Finalmente, se encuentra el control percibido. En este caso, el solo hecho de sentir que “las cosas las tengo en una mano” contribuye a una trayectoria muy diferente en la evolución de un paciente con dolor; por el contrario, si una persona percibe el dolor como algo fuera de su control, presentará una evolución con pobre pronóstico de recuperación <sup>35</sup>. Definitivamente, la resolución del dolor crónico va encaminada a mejorar la calidad de vida, y para esto es necesario darles importancia a los factores emocionales y ambientales, ya que afectan directamente el umbral del dolor<sup>36</sup>

### **c). Teoría de Síntomas Desagradables**

La Teoría de los Síntomas Desagradables,<sup>37</sup> fue propuesta como medio para integrar la información existente acerca de una variedad de manifestaciones de enfermedad. Esta teoría fue desarrollada por el esfuerzo colaborativo de cuatro enfermeras investigadoras (Andreu Gift, Renee Milligan, Elizabeth Lenz, Linda Pugh) en 1995 y, luego perfeccionada en 1997. Ellas compartían el interés y la naturaleza en la práctica clínica. Es una teoría que emerge de manera espontánea de la práctica de enfermería de manera inductiva de lo particular a lo general, a partir de reflexiones del mundo real.

El propósito de esta teoría es "mejorar la comprensión de la experiencia de la gran variedad de síntomas en diversos contextos y proporcionar

información útil para el diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos.

La teoría tiene tres componentes principales: los síntomas que el individuo está experimentando, los factores influyentes que aumentan o afectan la naturaleza de la experiencia del síntoma y las consecuencias de la experiencia del síntoma o rendimiento.

Se reconoce que el dolor es el síntoma más importante, frecuente y que más influye en la calidad de vida de las personas.

En este sentido la teoría, puede ampliar e incorporar la evidencia existente para orientar sobre la jerarquía que pueden llegar a tener los diferentes síntomas, a pesar que debe ser el paciente quien informe sobre su importancia, puede presentar en determinado momento dificultad para comunicar sus molestias.

### **1.2.2 Teorías que explican el dolor.**

Son múltiples las teorías que han buscado explicar la experiencia dolorosa. Han surgido teorías desde la fisiología, la psicología y la antropología, y algunas más recientes han combinado las anteriores, considerado el dolor como parte de una experiencia total y compleja que afecta al ser humano. A continuación, se resumen los principales abordajes teóricos, presentados por McCaffrey y Beebe 38 Novel <sup>39</sup>, Lenz y Cols <sup>40</sup> y Good y Moore <sup>41</sup> que se han complementado entre sí para permitir la comprensión de esta experiencia humana.

#### **Teoría de la especificidad del dolor.**

Es una de las más antiguas, con las cuales se explica la transmisión del dolor. Se basa en la concepción de que siempre hay una relación de causa-efecto en la percepción del dolor, y propone que hay receptores específicos del dolor (nociceptores), que proyectan

impulsos sobre vías nerviosas específicas de dolor (A-delta y fibras C) por la médula espinal hacia el cerebro.<sup>42</sup>

Teoría del control de las compuertas en la percepción del dolor.

Esta teoría se basa en las dos anteriores y es ampliamente utilizada en la clínica, aunque no tiene completo apoyo de evidencia experimental. Fue propuesta originalmente por Melzack y Wall, en 1965. Según ella, el dolor pasa por una serie de vías nerviosas, en donde tiene que atravesar compuertas. Esta teoría propone que el dolor debe alcanzar un nivel de conciencia antes de ser percibido, y si este puede ser prevenido, la percepción disminuye o se elimina. Es decir, puesto que las fibras nerviosas periféricas hacen sinapsis en la materia gris del cuerno dorsal, esta área sirve como compuerta, y permite o inhibe la transmisión de impulsos dolorosos. Cuando la compuerta está total o parcialmente cerrada, se frenan los impulsos dolorosos y se evita que lleguen al cerebro. Si la compuerta está abierta, la sensación dolorosa se presentará, puesto que logra el nivel de conciencia requerido para ello.

La generación de estímulos sensoriales diferentes al dolor. Al parecer, el sistema reticular del tronco del encéfalo puede inhibir los estímulos que le llegan, incluido el dolor, si la persona está recibiendo estímulos sensoriales diferentes, porque emite señales que cierran las compuertas. Con base en ello se emplea la visualización dirigida, que implica concentración en experiencias visuales imaginadas.

Disminuir la angustia o la depresión innecesarias. Las compuertas se cierran mediante señales inhibitorias procedentes de la corteza cerebral y el tálamo, producidas al recibir información adecuada sobre las condiciones que genera la sensación dolorosa. En ese sentido, la

sensación de control, a través de información precisa o de evocación de experiencias pasadas en donde se manejó el dolor adecuadamente, inhibe el estímulo doloroso de la misma forma. La compañía, como una forma de disminuir la angustia, puede apoyar en el alivio del dolor, más aún si quien la brinda genera mecanismos que disminuyan la sensación de impotencia en estas personas. La teoría de control de la compuerta es útil para la enfermería, porque presenta un modelo conceptual integrado para la apreciación de los diversos factores que contribuyen en la experiencia y el alivio del dolor<sup>43</sup>

### **1.2.3 Clasificación en función de la duración del dolor**

El dolor agudo suele definirse como el que dura menos de 30 días, y el crónico como el que dura más de 3 meses. Sin embargo, estas definiciones son arbitrarias y no esenciales para decidir las estrategias terapéuticas. Los síntomas y las causas de ambos tipos de dolor pueden solaparse, y los factores fisiopatológicos pueden ser independientes de la duración. Por consiguiente, esta división en dolor agudo y crónico en función de la duración puede resultar problemática.

**Dolor agudo.** De comienzo súbito, se siente inmediatamente después de la lesión y es intenso, pero generalmente de corta duración (18). Aparece a consecuencia de lesiones tisulares que estimulan los nociceptores y generalmente desaparece cuando se cura la lesión.

**Dolor crónico.** Es un dolor continuo o recurrente que persiste más allá del tiempo normal de curación<sup>44</sup>.

Puede aparecer como un dolor agudo y persistir mucho tiempo o reaparecer debido a la persistencia de los estímulos nocivos o a la exacerbación repetida de una lesión. También puede aparecer y persistir en ausencia de una enfermedad o una fisiopatología identificables. Puede afectar negativamente todos los aspectos de la



vida cotidiana, tales como la actividad física, la asistencia a la escuela, el sueño, las interacciones familiares o las relaciones sociales, y puede producir angustia, ansiedad, depresión, insomnio, fatiga o cambios de humor, tales como irritabilidad o una actitud negativa frente al dolor. Como el dolor es el resultado de las interacciones de muchos factores, al evaluar sus características clínicas hay que tener en cuenta al niño en su totalidad. Por consiguiente, para aliviar el dolor puede ser necesario un enfoque holístico.

**a) Dolor episódico o recurrente.**

El dolor aparece de forma intermitente durante un largo periodo de tiempo y el niño puede no sufrir dolor entre los episodios dolorosos. Estos episodios son a menudo de intensidad, calidad y frecuencia variables a lo largo del tiempo, con lo que resultan impredecibles. Este tipo de dolor puede ser indiferenciable del dolor agudo recurrente pero podría tener repercusiones más graves en la vida física y psicosocial del niño. Algunos ejemplos son la migraña, el dolor episódico de la drepanocitosis y el dolor abdominal recurrente. El dolor persistente puede coexistir con el recurrente, especialmente en afecciones como la drepanocitosis.

**b) Dolor intercurrente.**

Se caracteriza por un aumento temporal de la intensidad del dolor por encima del nivel doloroso preexistente, por ejemplo, cuando un niño cuyo dolor está bien controlado con un régimen analgésico estable presenta súbitamente una exacerbación aguda del dolor. Suele ser de inicio súbito, intenso y de corta duración. Pueden producirse varios episodios diarios de dolor intercurrente. Es una característica bien conocida del dolor del cáncer, pero también aparece en afecciones no

malignas<sup>45</sup>. El dolor intercurrente puede aparecer de forma inesperada e independientemente de cualquier estímulo, es decir, sin un incidente anterior ni un factor precipitante evidente. Dolor incidente o debido al movimiento. Tiene una causa identificable y puede ser inducido por movimientos simples, como el caminar, o por maniobras que habitualmente exacerban el dolor, tales como el apoyo del peso en una extremidad, la tos o la micción. Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos también pueden producir dolor incidente. Dolor de fin de dosis. Se produce cuando, hacia el final del intervalo entre dosis, la concentración sanguínea del medicamento cae por debajo de la concentración analgésica mínima eficaz.<sup>45</sup>

#### **1.2.4 Características de dolor por quemados.**

En el año 1979 la IASP, (Asociación Internacional para el estudio del dolor) se hizo un importante aporte para poder entender las características del dolor por trauma térmico que lo define como: “un dolor agudo y grave que se produce la sufrir una quemadura y luego continuar con exacerbaciones que declinan gravemente”.

Basado en la experiencia de la cirugía de quemados del Hospital del trabajador de Santiago, debemos agregar algunas especificaciones como:

- Que repetitivo y prolongado en el tiempo.
- Que tiene gran variabilidad personal y en el tiempo de acuerdo a la etapa que se encuentra las heridas.
- Que es compleja debido a los diferentes mecanismos Neurofisiopatológicos de producción de calor <sup>46</sup>

### **1.2.5 Eficacia de los tratamientos multidisciplinarios para el dolor crónico**

Como mencionamos, ya el Dr. Bonica en los años 1953 y 1990<sup>48, 49</sup> señala explícitamente la necesidad de un tratamiento multidisciplinario del dolor, debido a la complejidad de los síndromes dolorosos y a sus implicaciones neuroanatómicas, neuroquímicas y psicológicas. No parece posible que una sola persona o una sola especialidad abarque todas las dimensiones implicadas en el dolor crónico. El mismo Dr. Bonica señala que un tratamiento médico convencional, por ejemplo, con medicación, cirugía y reposo, que no considera los factores psicológicos, puede ser muy efectivo para el dolor agudo, pero fracasa o incluso puede ser contraproducente, al aplicarse a pacientes con dolor crónico.

#### **Neurofisiopatología del dolor en quemados.**

El entendimiento de los mecanismos básicos de la percepción del dolor han progresado en estos últimos años gracias al avance de las neurociencias y ha sido de gran interés en el estudio de la hiperalgesia y su relación con el estudio de la quemaduras<sup>50</sup>.

Sabemos que los numerosos procedimientos realizados para tratar las quemaduras, producen estímulos dolorosos que son intensos, repetitivos y prolongados en el tiempo y que dan origen a una alteración patológica de la función de la percepción, transmisión y modulación del estímulo nociceptivo, logrando con esta la ampliación de las zonas receptoras y la alteración de la relación la intensidad del estímulo doloroso la respuesta al dolor.

Las quemaduras producen el aumento de la intensidad del dolor debido principalmente a los siguientes mecanismos.

- La intensidad del dolor es proporcional a la superficie corporal comprometida, a la cantidad de niceceptores dañados y consecuentemente los estímulos aumenta en porción a la superficie corporal comprometida.
- El daño de la epidermis y de la dermis produce por quemaduras produce lesiones libres de las terminaciones libres de las nociceptivo lo ue explica la hipótesis del componente neuropatico desde un comienzo.

### **Alteración Psicológica.**

El trauma térmico produce una importante repercusión en la esfera psicológica del paciente, debido al intenso sufrimiento por todas las pérdidas que deben sufrir, personales, sociales, familiares.

Los pacientes que sufren quemaduras tienen un alto grado de ansiedad y una permanente atención en los estímulos generadores de dolor lo que orig8na un mayor grado de percepción dolorosa y por este los mecanismos endógenos inhibitorios están disminuidos.

### **Tipos de dolor.**

El dolor en el paciente quemado se divide en:

En reposo: Continuo y de moderada intensidad que se presenta en el reposo, requiere manejo inmediato ya que, de no tratarse, irá aumentando de intensidad y esto contribuirá a alterar el estado psicológico del paciente; lo que además dificultará su manejo. Dolor derivado de procedimientos: Aparece durante las curaciones, cambios de apósitos, duchas, cambio de posición, ropa, cama al iniciar la terapia física, es agudo, intenso, de corta duración. • Dolor postoperatorio: Mayor intensidad que el previo pero de características tendientes a limitarse, pero puede llegar a ser de duración prolongada

debido a que el paciente puede ingresar a quirófano de forma muy continua. Dolor crónico: Éste se presenta después de la cicatrización de las quemaduras; tiene como característica ser de tipo neuropático así como prurito, es debido a la denominada neuropatía postquemador<sup>51</sup>

Otra información importante que puede ayudar a sus proveedores de salud a planear el mejor tratamiento para el dolor incluye:

- Su experiencia con el dolor agudo o dolor crónico antes de su lesión por quemadura.
- Su experiencia con el insomnio, la depresión o la ansiedad antes o después de su lesión por quemadura.
- Los analgésicos que ha tomado en el pasado.
- En qué medida su dolor limita su capacidad para hacer ciertas cosas.

### **Enfoques conductuales**

Rara vez los medicamentos le quitan todo el dolor. Puede ser que usted necesite también utilizar los enfoques conductuales para ayudar a que el dolor sea más manejable. Se puede considerar lo siguiente:

**La relajación:** Una quemadura le impone un estrés enorme que se prolongará durante muchos meses a lo largo de la fase de recuperación. Este estrés provoca tensión muscular que puede incrementar el dolor. Las técnicas de relajación pueden utilizarse para disminuir el estrés en su cuerpo.

Las técnicas de relajación cognitiva (el pensamiento) utilizan el poder de sus pensamientos para aliviar el estrés. Estas técnicas incluyen la meditación y un proceso llamado "reestructuración cognitiva" que le ayuda a cambiar su forma de pensar acerca de su dolor y le aseguran que el dolor es temporal y manejable.

Las técnicas de relajación somática utilizan métodos físicos, como la respiración profunda, el yoga y la relajación muscular progresiva, para aliviar la tensión en los músculos.

**La hipnosis**, ha demostrado ser una herramienta poderosa para aliviar el dolor agudo y crónico. Un psicólogo puede enseñarle cómo practicarse una auto-hipnosis e incluirla en su rutina diaria.

**Controlar el ritmo de las actividades:** La actividad diaria y el ejercicio regular son cruciales para desarrollar su fuerza física y su vitalidad, y para aumentar su rango de movimiento. Pero si se esfuerza demasiado, esto puede aumentar el dolor. Incremente gradualmente el ritmo de su actividad física con el paso del tiempo. Si está demasiado adolorido como para moverse cómodamente el día después de realizar una actividad, probablemente se ha presionado demasiado. Es mejor reducir su nivel de actividad hasta que se sienta más cómodo.

**La idea es conseguir un equilibrio** que en sí es difícil ya que la recuperación de quemaduras puede ser dolorosa, pero un poco de dolor puede ser necesario para hacer progresos hacia su nivel previo de funcionamiento. Trabaje de cerca con sus terapeutas físicos y ocupacionales en la definición de un programa de actividad adecuado para usted.<sup>52</sup>

Wiechman, PhD y Shaw T. Mason, PhD, en colaboración con el centro Model Systems Knowledge Translation Center de la Universidad de Washington. En sus investigaciones han demostrado que es mejor determinar qué tanto de la situación se encuentra bajo su control y luego elegir el estilo de afrontamiento adecuado. Si la situación está fuera de su control, el cambio en su forma de pensar y de responder puede ser el mejor estilo de afrontamiento. También es importante

buscar aquellos aspectos de la situación que están bajo su control. Por ejemplo, usted no puede cambiar el hecho de que ha sufrido una quemadura que se ha traducido en dolor continuo. “Desear” que la lesión no se hubiera producido y vivir en el “si hubiera” no le ayuda a aliviar su dolor y, sí puede generar que se sienta más impotente y deprimido. Sin embargo, el enfocarse a la parte de la situación que usted sí puede controlar, como su propia rehabilitación, el tiempo en terapia física, el realizar sus ejercicios de rango de movimiento diarios y el seguir las estrategias de manejo del dolor sugeridas por su médico, puede ser una estrategia muy eficaz.

Según la Teoría Ernestine Wiedenbasch, El análisis de los modelos y teorías de enfermería permite acercarse a la desarrollada y basada en una vasta experiencia práctica y educativa que demuestra el efecto ejercido por los pensamientos y sentimientos de las enfermeras en el resultado de sus acciones. Esta autora afirma que en la filosofía de cada enfermera, su actitud ante la vida y la realidad que emana de sus creencias y de su código de conducta, reside en su motivación para actuar y el principio que guía sus pensamientos sobre sus actos y decisiones. Es oportuno destacar que la actitud que asuma el personal de enfermería en la prevención del dolor en la infancia será un elemento decisivo en la transición hacia una fase superior en la medicina preventiva, que permita rebasar los actuales métodos de trabajo y formar nuevos protocolos de acción; estos orientan el trabajo e influyen favorablemente en los cambios de la escala de valores y en la actitud que predomina en la sociedad. <sup>(26)</sup>.

La ejecución adecuada de los procedimientos con los niños es uno de los retos que los profesionales de enfermería deben afrontar a lo largo de su desempeño profesional en el ámbito de la pediatría. Supone, a

menudo, una experiencia difícil y dolorosa, tanto para el niño, como para la familia y la enfermera. Los procedimientos son necesarios y no hay manera de evitarlos; alguien debe hacerlo y muchas veces será la enfermera la encargada de ello, por lo que son exigibles conocimientos amplios de estrategias y comunicación que minimicen las molestias y favorezcan el éxito de la técnica <sup>53</sup>

Las técnicas usadas para desarrollar los procedimientos pueden influir de manera significativa en las reacciones al dolor. Los catéteres venosos centrales insertados por vía percutánea son los preferidos, porque requieren menos intentos para la inserción de cada dispositivo, en comparación con los intravenosos periféricos. Los profesionales de la salud involucrados en la atención sanitaria de la infancia tienen la responsabilidad de tratar y asegurar los cambios en la práctica clínica. No se pueden evitar todos los procedimientos dolorosos, pero sí minimizar el dolor y la angustia después de los mismos.

No hay razón alguna para llevarlos a cabo, sin una adecuada sedación y analgesia y es importante recordar que todos los niños, desde la etapa de recién nacido, sienten dolor y ansiedad el cual además les causara estrés complicando más su salud, por lo que les debemos tratarlos de forma adecuada considerando la percepción del dolor en la infancia, de modo que sea posible adquirir una visión holística, compleja, integral, ética y responsable sobre su atención y prevención del dolor en la infancia. Actualmente existe consenso a la hora de reconocer la necesidad imperiosa de insistir en su prevención del dolor, por lo que resulta necesario buscar estrategias y alternativas en la capacitación profesional. Es preciso implementar intervenciones educativas de una máxima complejidad con conocimientos científicos,



habilidades, destrezas y valores relacionados con esta delicada labor. Las terapias no farmacológicas aprendidas en nuestra formación profesional deben ser aplicadas con mucho humanismo en este delicado proceso y sería una alternativa eficaz para minimizar el dolor no solo del niño sino de los padres ya que son ellos que sienten el mismo dolor de sus hijos.

### **1.2.6 Reacciones del dolor en niños**

La Fundación Antena 3 junto a la Fundación Grünenthal, en el “Estudio sobre el dolor en niños hospitalizados” realizado en 2012, dice que el 40% de los niños hospitalizados sienten dolores a diario. Así se pone de manifiesto por con el fin de dar a conocer en profundidad los aspectos más sociales del dolor en la infancia<sup>54</sup>.

Las inyecciones (pinchazos, punciones, etc.) son las prácticas hospitalarias que despiertan más miedo entre los niños y las reacciones instintivas que originan son “sudor de manos”, “dolor de tripa” y diferentes estados nerviosos. Los niños perciben que, cuando piden ayuda, no siempre reciben medicación inmediata y eficaz, lo que les aumenta la sensación de dolor.

En general, los preescolares reaccionan con intensa perturbación emocional y resistencia física a toda experiencia dolorosa, real o percibida, aunque algunos responden favorablemente ante la preparación anticipada con explicaciones y ejemplos a manera de juego o la aplicación de distractores.

El preescolar integra secuencialmente, en relación con su proceso madurativo, la percepción y el entendimiento del dolor que posea: Desde los 2 a los 3 años en niño ya empieza a describir el dolor y lo atribuye a una causa externa.

Desde los 3 hasta los 5 años ya puede dar una descripción tosca de la intensidad del dolor, empieza a usar adjetivos para el dolor más descriptivos y términos vinculados a lo emocional tales como "triste" o "enojado"

### **Tratamiento del Dolor**

El dolor que sufre el paciente quemado es uno de los más intensos que el ser humano puede presentar e influye más en la recuperación emocional que la magnitud de la lesión, el tiempo de estancia hospitalaria e, incluso, que el estado psíquico previo. Del 35 al 50% de los sobrevivientes refieren un inadecuado manejo del dolor. Disminuir el dolor y el sufrimiento del niño, así como favorecer su bienestar, constituye el objetivo fundamental de la enfermera en las unidades de atención infantil. El manejo del dolor en pediatría permite, además evitar complicaciones que retrasan el proceso de recuperación en el niño. Es evidente que en la actualidad, el medio terapéutico más empleado para combatirlo es el farmacológico, aunque existen una serie de medidas no farmacológicas que pueden ser utilizadas como coadyuvantes para disminuir o eliminar el dolor.

En general, éstas tienen buena efectividad, excelente seguridad y en su mayoría son de bajo costo y fácil aplicación (33). Las medidas farmacológicas por el contrario pueden tener múltiples efectos secundarios siendo el más común la depresión respiratoria (32). El tratamiento del dolor en niños implica múltiples métodos que incluyen: manejo farmacológico, cambios a nivel de entorno, terapia de la conducta, terapia física, etc.; sin embargo, uno de los componentes más importantes es la interacción del personal de salud a su cuidado con el paciente y sus padres. Así, el manejo del dolor se da tanto a nivel físico como emocional <sup>55</sup>.

No siempre será posible mantener al paciente en un estado de ausencia total de dolor. En estos casos es importante saber qué repercusiones tendrá el dolor a nivel metabólico, respiratorio o hemodinámico y adecuar los cuidados a dicha previsión. También se deben tener en cuenta los efectos secundarios, previsibles o no, que los fármacos y las diferentes técnicas de analgesia y anestesia pueden tener sobre el paciente (depresión respiratoria, tolerancia, síndrome de abstinencia, alergias).

### **Tratamiento No Farmacológico.**

Existen muchos métodos no farmacológicos conocidos y practicados por las enfermeras las que deberíamos usar para aliviar el dolor, las técnicas no farmacológicas pueden no servir para algunos niños y no deberían ser usados como una excusa para retirar los analgésicos cuando su uso es lo correcto de ellos mencionaremos los siguientes:

1. **Método de apoyo:** En este caso es necesario contar con el apoyo familiar quien es su fortaleza y que participe en las terapias que aplicaremos en su cuidado y el juego.<sup>56</sup>
2. **Métodos cognitivos:**
3. Etapa Preescolar (de 2 a 6 años), Etapa Escolar (de 6 a 12 años).
4. Etapa Adolescencia (de 12 a 17-20 años) a) Intervenciones cognitivas.
  - I. Distracción cognitiva. - Técnicas para desviar la atención en el dolor relacionado con el procedimiento o actividades inversas específicas (por ejemplo, contar, escuchar música, conversaciones no relacionadas con el procedimiento).

- II. Imaginería. - Método utilizado para alentar al niño a tolerar el dolor o el malestar relacionado con el procedimiento. Consiste en alentar al niño a visualizar un objeto o experiencia agradable (por ejemplo, bosque animado)
  - III. Preparación / Educación / Información. - Explicar los pasos de los procedimientos o proporcionar información sensorial asociada con el procedimiento o ambas. Esta técnica puede incluir instrucciones acerca de los elementos que necesitará el niño durante el procedimiento. La intención es proporcionar información para ayudar al niño a conocer los objetivos del procedimiento <sup>(37)</sup>.
  - IV. Interrupción de los pensamientos negativos. El niño repite “detente” o una frase similar cuando experimenta dolor o malestar aquí se aplica la distracción.
  - V. Sugerencia. Proporción de señales verbales o no verbales al niño que sugieren que la intervención administrada podría reducir el dolor y/o el malestar <sup>57</sup>.
  - VI. Autoafirmación de superación. El niño repite una serie de pensamientos positivos (por ejemplo “Puedo hacerlo”; “Pronto finalizará”)
  - VII. Modificación de los recuerdos. Ayuda al niño a convertir recuerdos del procedimiento en positivos.
  - VIII. Entrenamiento para los padres. Consiste en entrenar a los padres (no al niño) para que participen de una de las estrategias cognitivas mencionadas. El objetivo es reducir el malestar de los padres y a su vez reducir el dolor o malestar del niño o ambos<sup>58</sup>
- b) Intervenciones conductuales. I. Distracción conductual. Intervención para desviar la atención del dolor relacionado con el procedimiento o actividades inversas específicas (vídeos, juegos, libros interactivos) <sup>(40)</sup>. II. Ejercicios respiratorios. Se

- centra en la respiración profunda o la respiración del diafragma y no del tórax (por ejemplo inflar globos, soplar burbujas de jabón, inflar o desinflar un instrumento neumático al inhalar/exhalar) <sup>(41)</sup>. III. Modelo. Demostración de conductas de superación positivas durante un procedimiento ficticio por otro niño o un adulto (en general con el uso de modelo filmado)
- IV. Ensayo. Práctica con conductas de superación positivas demostradas durante un modelo <sup>(43)</sup>.
- V. Desensibilización. Exposición sistemática gradual a los estímulos temidos.

### **1.2.7 Perfil de la enfermera ante los niños con dolor**

La OMS afirma, por ejemplo, que "el ejercicio de la enfermería es un valioso recurso para la salud" y para que dicho recurso alcance pleno desarrollo, los cuidados de enfermería deben ofrecer un servicio competente, diferente al de otros grupos profesionales. Afortunadamente en la actualidad la situación es otra. Cada vez más, las enfermeras tomamos decisiones responsables basadas en conclusiones de investigación (evidencia) y asumimos que la formación permanente es la clave de la independencia y el desarrollo profesional. Pero sin duda a pesar de los progresos que estamos obteniendo día a día y que se plasman en las conclusiones de Sociedades de Enfermería y Congresos tanto nacionales como internacionales, hemos sido tradicionalmente nosotros mismos los que hemos frenado la puesta en marcha de un lenguaje común, de un desarrollo profesional independiente, motivado entre otras causas por:

- La formación Biomédica que hemos recibido.
- La cultura hospitalaria con gran importancia de la dimensión interdependiente.
- Escaso conocimiento de Modelos enfermeros, no reconocemos la necesidad de avanzar en la dimensión independiente. Luego, debe haber un cambio conceptual, reestructurando la forma de entender el cuidado, cambiando nuestro entorno para que el ciudadano se beneficie de ello. Podríamos decir que es fundamental que los profesionales de enfermería del ámbito asistencial, docente o de la gestión y administración busquemos la complementariedad, lo que unido al desarrollo académico específico y sin limitaciones como derecho que debemos disfrutar en la actual sociedad del conocimiento, nos posibilitará ofrecer cuidados enfermeros de calidad científica, técnica y humana.

Es obligación de los profesionales de Enfermería evolucionar conforme a esta realidad. Está sobradamente demostrado que el empleo del proceso enfermero en cualquier área implica una garantía científica, profesional y de calidad, que beneficia por encima de todo al ciudadano, sin olvidar al profesional en sí mismo y a la Institución que lo ampara. En la actualidad, se ha conseguido alcanzar un lenguaje enfermero con un grado de consenso y estandarización, que permite gracias a las diferentes taxonomías y clasificaciones internacionales, reflejar las etapas del proceso de la práctica enfermera. Enfermería es responsable de dar cuidados de calidad al paciente, conforme a un modelo establecido y la aplicación de un método científico que establezca de forma clara la valoración de las necesidades del paciente con sus manifestaciones de dependencia e independencia, detección de problemas derivados de esta valoración, el establecimiento de unos objetivos o criterios de resultados

esperados que minimicen o favorezcan la desaparición de esos problemas, ejecutando para ello una serie de intervenciones con sus respectivas actividades y realizando después una evaluación del proceso para determinar en qué medida se han modificado los indicadores de resultados esperados<sup>58</sup>.

Dice; L. M. Pastor en 1997, el (la) enfermero no es el profesional que solo colabora estrechamente con el médico, alguien que realiza lo que se le encarga, sino que tiene también sus propias competencias, de las que debe responder y a través de las cuales se realiza como profesional.<sup>59</sup>

Para Brennan y M. J. Cousins, la promoción del alivio del dolor es un derecho humano fundamental, esto como una buena práctica médica y ética para el beneficio de los pacientes, donde la responsabilidad del adecuado alivio y monitoreo del mismo está a cargo del personal de enfermería.

Por otro lado, Harper, citado por Arratia, establece que el conocimiento de enfermería está conformado por patrones de tipo empírico, estético conocimiento personal y ético. Entre ellos, el ético corresponde a un elemento fundamental en el cuidado como es la relación enfermera(o) - paciente, que se construye sobre la ética del respeto al otro como interlocutor válido, y la intersubjetividad y la comunicación efectiva, teniendo en cuenta y respetando los aspectos culturales, valores y creencias y respetando su totalidad. El cuidado del ser humano sobre todo cuando está de por medio el sufrimiento humano de la persona, el dolor que mitiga la tranquilidad y bienestar.

La Ética en enfermería no se centra solamente en los llamados dilemas bioéticos, sino también en la posición que asume el personal

de enfermería frente al dolor, en el sufrimiento del niño, en el planteamiento del buen cuidado diario a dicho paciente, así como el cuidar de los aspectos que ayuden a las personas a mantener la salud desde sus propias creencias, costumbres y preferencias. El enfermero centra su atención en el paciente, y su principal objetivo es ayudar a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, favorecer el bienestar y disminuir al mínimo el sufrimiento.

De acuerdo con la definición de Virginia Henderson, la atención de enfermería es "la ayuda en la promoción, mantenimiento, restablecimiento de la salud y favorecer el bienestar del paciente, disminuyendo el sufrimiento y dolor en los pacientes."

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social, la cual se expresa a través del cuidado de enfermería, donde radica su naturaleza humana y social y en la relación interpersonal que se establece entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado. En esta interacción con el sujeto cuidado, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, la empatía es un elemento fundamental del cuidado. Puede decirse, entonces, que en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto - sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales.

Por tanto, el término "cuidado" implica para el profesional de enfermería el objetivo esencial de la profesión, la cual necesita para su ejercicio de conocimientos, técnicas y habilidades, así como de



saber hacer uso de ellos, a partir de unas actitudes o virtudes morales que permitan enfocar el cuidado en la mejor dirección

### 1.3 Hipótesis.

#### 1.3.1 Hipótesis general:

Ha: El **nivel de conocimiento** del personal de Enfermería se relaciona con **la aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños** del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.

Ho: El **nivel de conocimiento** del personal de Enfermería no se relaciona con **la aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños** del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.

#### 1.3.2 Hipótesis específicas:

Ha<sub>1</sub>: El nivel de **conocimiento del personal** de Enfermería se relaciona con el manejo **no farmacológico** para aliviar el dolor en niños del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.

Ha<sub>2</sub>: El **nivel de conocimiento** del personal de Enfermería se relaciona con el **manejo farmacológico** para aliviar el dolor en niños del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.

#### **1.4. Variables.**

##### **a. identificación de las variables:**

###### **Variable Dependiente**

Aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños.

###### **Variable Independiente**

Nivel de conocimiento sobre el dolor en niños.

###### **Variables de Caracterización**

Edad

Sexo

Años de experiencia profesional

Situación laboral

Estudios de especialidad en niño.

Capacitación sobre dolor en niño.

### 1.5 Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CALIFICACION	ESCALA
<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b>				
Aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños	Medidas no farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente</li> <li>• Posicionamiento</li> <li>• Succión no nutritiva</li> <li>• Sacarosa</li> </ul>	Buena Regular Mala	Ordinal
	Medidas farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de anestésico local</li> <li>• Uso de opioides</li> <li>• Uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroides</li> </ul>	Buena Regular Mala	Ordinal
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b>				
Nivel de conocimiento sobre el dolor en niños.	Única	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de conocimiento sobre el dolor en niños.</li> </ul>	Bueno Regular Malo	Ordinal
<b>VARIABLES DE CARACTERIZACION:</b>				
Edad	Única	Años de vida	En años	De razón
Sexo	Única	Sexo	Masculino Femenino	Nominal
Años de experiencia profesional	Única	Años de experiencia profesional	En años	De razón
Situación laboral	Única	Situación laboral	Nombrado Contratado	Nominal
Estudios de especialidad en niño.	Única	Estudios de especialidad en niño.	Ninguno Cursando Estudios terminados Con Título	Nominal
Capacitación sobre dolor en el niño.	Única	Capacitación sobre dolor en el niño.	SI NO	Nominal

## **CAPITULO II: MARCO METODOLOGICO**

### **2.1 Ámbito de estudio.**

El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja es una institución de nivel III – 2 ubicado la Calle Agustín La Rosa Toro #1399. Urbanización Jacaranda II San Borja. Lima – Perú. Creado mediante Resolución Ministerial N°090-013/MINSA como Unidad Ejecutora 139, con la finalidad de ampliar la oferta hospitalaria especializada para cubrir la necesidad de atención de complejidad a todos los niños peruanos que lo requieran, ha sido creado contando con cinco ejes de atención como son la Unidad de Trasplante Progenitores Hematopoyéticos, Cardiología y cirugía vascular, Neurocirugía, Atención al neonato complejo y Cirugía Neonatal, Atención Integral al Paciente Quemado, así como cumplir las funciones de atención altamente especializadas, docencia, investigación y función normativa.

La Unidad de Quemados forma parte de la estructura orgánica del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, dependiendo directamente de la Dirección General. Es la Unidad orgánica encargada de recepcionar a pacientes quemados referidos de otras instituciones y de los referidos de todo el nivel nacional brindando atención integral e inmediata, en su contexto biopsicosocial y familiar,. Esta Unidad cuenta con 01 Servicio de Hospitalización el cual se encuentra en el 4to piso del Instituto y recepciona pacientes pediátricos con quemaduras menores del 20%; además cuentan con 01 Servicio de Cuidados Intensivos de Quemados que se encuentra en el 3er piso del Instituto en los que se hospitalizan pacientes pediátricos con quemaduras mayores del 20%. Cada Servicio cuenta con una Sala de Curación respectiva.

En el Instituto Nacional de Salud del niño San Borja, en el año 2014 se tendieron un total de 214 pacientes por quemaduras representando el 40 % de todas las atenciones fueron pacientes quemados cabe mencionar que anteriormente.

El número de enfermeras con que cuenta el hospital entre nombrados y contratados son más o menos 300 distribuidos en las diferentes unidades incluyendo sala de operaciones y Centro quirúrgico. El requerimiento varía según las necesidades de usuarios.

## **2.2 Población y muestra**

### **2.2.1 Población**

La población estuvo conformada por la totalidad del personal de enfermería que son 20 licenciados de Enfermería que trabajan en el Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja. En los servicios de hospitalización la atención de enfermería es continuada durante las 24 horas al día y todos los días de la semana, siendo los turnos de trabajo de las enfermeras de forma rotativa en los siguientes horarios de 7:00 a.m. - 7:00 p.m. (diurnos) y de 7:00 p.m. - 7:00 a.m. (nocturno).

#### **Criterios de selección de la población.**

**Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el estudio:

- Personal de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados.
- Personal de enfermería que acepta el consentimiento informado.
- Personal de enfermería que viene laborando más de 6 meses.

- Personal de enfermería nombrada o contratada.

**Criterios de exclusión:** se incluyeron en el estudio:

- Personal de enfermería con vacaciones regulares.
- Internos de enfermería, estudiantes de enfermería con prácticas finales.
- Personal de enfermería que no desea participar en el estudio.
- Personal que de enfermería de otros servicios que se encuentra cubriendo turnos.

### 2.2.2 Muestra

- **Unidad de Análisis:** Cada profesional de enfermería.
- **Unidad de Muestreo:** Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.
- **Marco Muestral:** Está conformada por un padrón nominal.

### Población Muestral:

Debido a que la población es pequeña se trabajó con el 100% de la población, teniendo una muestra poblacional de **20 enfermeros** del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja.

### 2.3 Tipo de estudio

Tipo: Observacional

Nivel: Descriptivo

El estudio de investigación es **descriptivo y observacional** porque se analizó cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes;

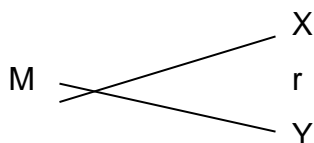
permitiendo detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio es prospectivo, porque se capta la información después de la planeación.

Según el periodo y secuencia del estudio; el estudio es transversal, porque las variables involucradas se midieron en un solo momento.

## 2.4 Diseño de investigación

Para efecto de la investigación se consideró el diseño descriptivo relacional:



Dónde:

**M** = Población Muestral

**X** = Variable Independiente

**y** = Variable Dependiente

## 2.5 Técnicas e instrumento

### 2.5.1 Técnicas

La técnica utilizada fue:

- La encuesta.
- La guía de observación.

### 2.5.2 Instrumentos

Asimismo, los instrumentos son:

**a. Cuestionario de conocimiento;** está conformado fundamentalmente por dos secciones las cuales son: Datos generales



de los enfermeros como la edad, sexo, años de experiencia profesional, situación laboral, estudios de especialidad en niño y capacitación sobre dolor en el niño. Asimismo, se considerarán preguntas estructuradas relacionadas al dolor en niños. (ANEXO 01).

Se midió a través de un cuestionario que consta de 10 preguntas cuyas respuestas fueron calificadas de acuerdo a los siguientes puntajes: Respuesta correcta = 2, Respuesta incorrecta= 0.

#### **Valor del Instrumento: Escala**

- Nivel de conocimiento Bueno: 16 – 20 puntos.
- Nivel de conocimiento Regular: 10 – 15 puntos.
- Nivel de conocimiento Deficiente: 06 – 09 puntos

**b. Guía de observación sobre manejo del dolor en niños hospitalizados;** también llamada lista de chequeo; es una herramienta basada en la observación estructurada o sistemática, permite obtener información más precisa y consiste en una serie de aspectos a evaluar (contenidos, habilidades, conductas, etc.), está conformada por **20 ítems** dicotómicos y no implica juicios de valor; los ítems del 1 al 16 tienen que ver con el manejo no Farmacológico y los ítem 17 y 20 tienen que ver con el uso Farmacológico. La guía está acerca de actividades y acciones que realiza el personal de enfermería en la aplicación de medidas farmacológicas y no farmacológicas para aliviar el dolor en niños del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja (ANEXO 02). Cada ítems tendrá dos posibles respuestas, CUMPLE o NO CUMPLE. El instrumento considera un puntaje máximo de 20 puntos que fue operacionalizado mediante la siguiente escala:

**Valor del Instrumento:**

- BUENO: 11 – 20 puntos.
  
- REGULAR : 06 – 10 puntos
  
- DEFICIENTE 00 – 05 puntos.

**2.5.3 Validez y fiabilidad de los Instrumentos**

En cuanto al análisis de validez del presente trabajo de investigación se utilizó el enfoque de validez de contenido. La validez de contenido se determinó mediante el juicio de tres especialistas

En el anexo 6 se presentan las fichas de juicio de expertos de cada instrumento, según el criterio de los expertos. De acuerdo al criterio de cada jurado experto en la validación del instrumento, todos los ítems de los instrumentos fueron válidos con relación a la opinión y experiencia de los especialistas.

En ese sentido, ningún ítem o indicador presentado fue eliminado o reformado.

**Análisis de fiabilidad**

La fiabilidad se relaciona con la precisión y la congruencia, por ello es la capacidad del instrumento de producir resultados congruentes. Para la investigación se utilizó la tabla Alfa de Cronbach.

El Valor de Alfa de Cronbach para la **Guía de observación** es de 0,824 indicando que existe un alto nivel de consistencia interna de la escala, es decir, que cada uno de los ITEMS aporta al total de la escala, no existiendo contradicciones entre ellos.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach <sup>a</sup>	N de elementos
,824	20

El Valor de Alfa de Cronbach para el **Cuestionario** es de 0,729 indicando que existe un buen nivel de consistencia interna de la escala, es decir, que cada uno de los ITEMS aporta al total de la escala, no existiendo contradicciones entre ellos.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach <sup>a</sup>	N de elementos
,729	10

## 2.6. PROCEDIMIENTO.

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Se solicitó la autorización correspondiente para la realización del estudio de investigación a la Dirección del Hospital y jefaturas.
- Se realizó la revisión de los datos de los niños hospitalizados en el Servicio de Hospitalización de quemados.

- Se seleccionó la muestra mediante las enfermeras que cumplan con los criterios de inclusión.
- Se capacito a los recopiladores de datos.
- Se aplicó los instrumentos para la toma de datos durante la investigación.
- Selección, cómputo, tabulación y evaluación de datos.
- Interpretación de datos según los resultados, confrontando con otras investigaciones similares o con la base teórica disponible.
- Ejecución y presentación del informe final.

## **2.7 Plan de tabulación y análisis de datos**

Dentro del plan de tabulación de los datos se tuvo en cuenta la revisión de los datos, codificación, clasificación, procesamiento y presentación de los datos.

En el análisis descriptivo de los datos se utilizarán estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de Chi Cuadrado con un nivel de significancia de 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18,0.

## CAPITULO III

### RESULTADOS Y DISCUSION.

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

#### 3.1. Resultados

##### 3.1.1. Análisis descriptivo

##### 3.1.1.1. características socioeconómicas del profesional:

**Tabla 01. Edad en años de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.**

<b>Edad del Profesional Enfermera (o)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
18 a 29	6	30%
30 a 39	10	50%
40 a 49	3	15%
50 a mas	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 01.

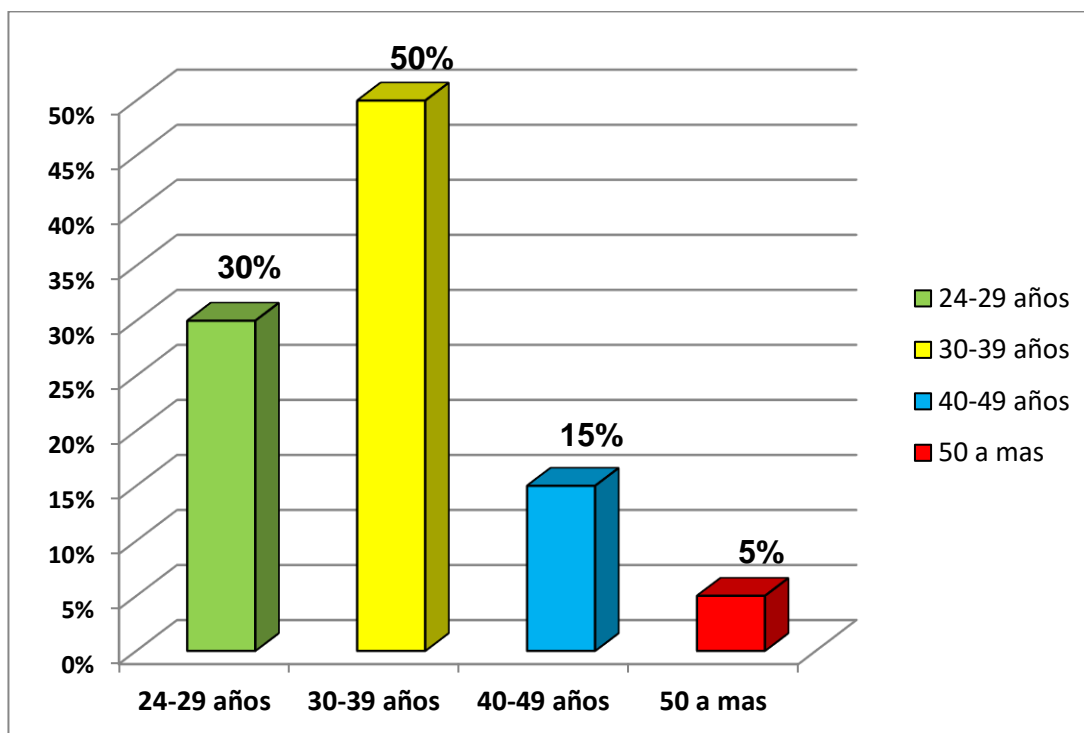


Gráfico 01. Edad en porcentaje, de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.

En cuanto a la edad de los profesionales, se encontró que el **50%** (10 enfermeras) tienen edades entre 30 a 39 años, el **30,0%** (06 enfermeras), entre 18 a 29 años, el **15,0%** (03 enfermeras) entre 40 a 49 años y **5%** (1 enfermera) con 50 o más años.

**Tabla 02.** Sexo de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	17	85%
Masculino	3	15%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 01.

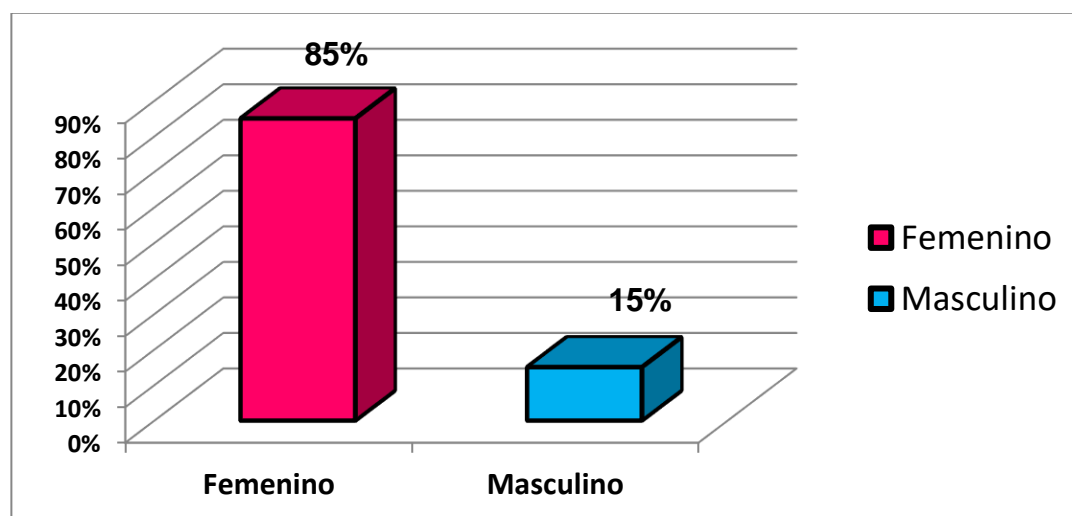


Gráfico 02. Sexo de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014

Respecto al sexo de los profesionales de enfermería, se encontró que el **85 % (17 profesionales)** son mujeres y el **15 % (3 profesionales)**, son varones.

**Tabla 03.** Años de experiencia de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.

Años de Experiencia Profesional	Frecuencia	%
1 - 3 años	7	35%
4 - 6 años	10	50%
7 años a mas	3	15%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 01.

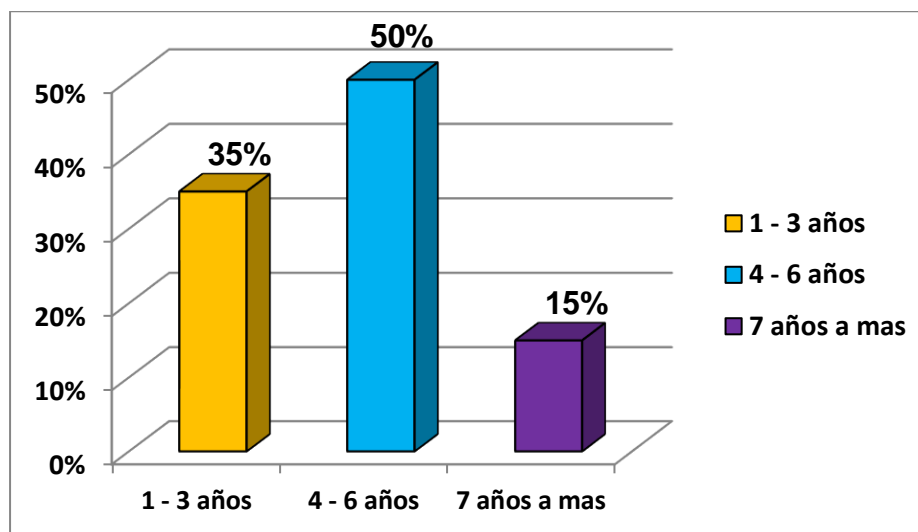


Gráfico 03. Años de experiencia de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014

Respecto a los años de experiencia de los profesionales de enfermería, se encontró que el **50 % (10 profesionales)** trabajan de **4 a 6 años**, el **35 % (7 profesionales)** trabajan de **1 a 3 años** y el **15% (3 profesionales)** trabajan más de 7 años.



**Tabla 04.** Situación Laboral de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.

Situación Laboral	Frecuencia	%
Nombrado	2	10%
Contratado	18	90%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 01.

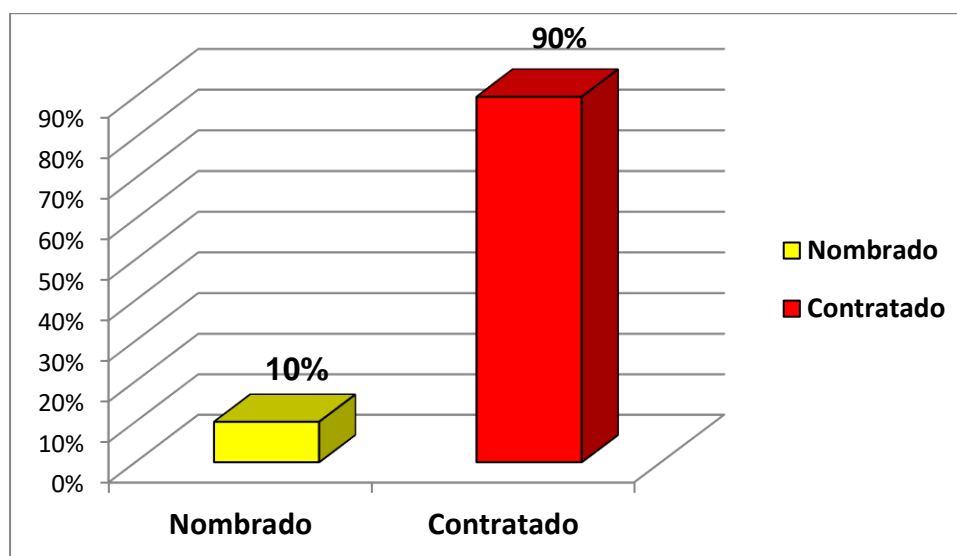


Gráfico 04. Situación Laboral de los profesionales de enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014

Respecto a la situación laboral de los profesionales de enfermería, se encontró que el **90 % (18 profesionales)** son **Contratados** y solo el **2% (2 profesionales)** son **nombrados**.

**Tabla 05.** Situación de los profesionales de enfermería respecto al estudio de especialidad en Enfermería Pediátrica en el Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.

Estudios de Especialidad	Frecuencia	%
Ninguno	2	10%
Estudiando	5	25%
Culminado	11	55%
Titulado	2	10%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 01.

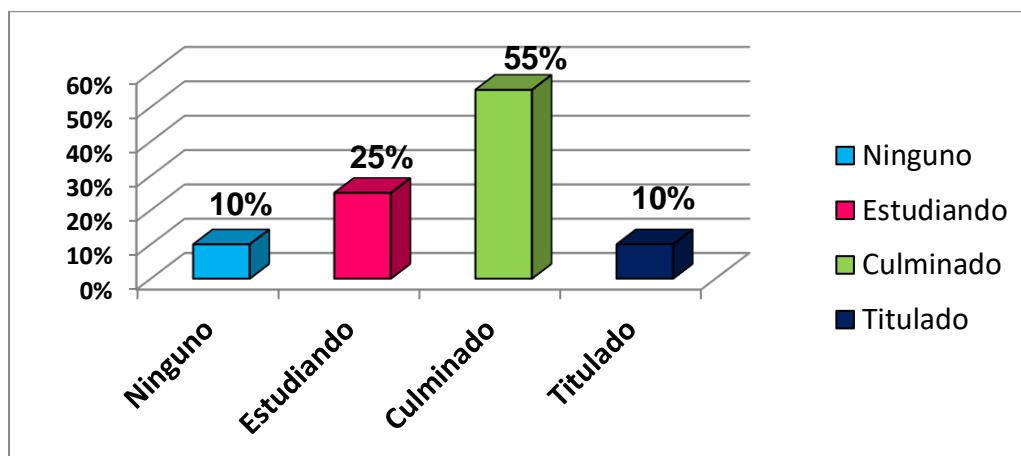


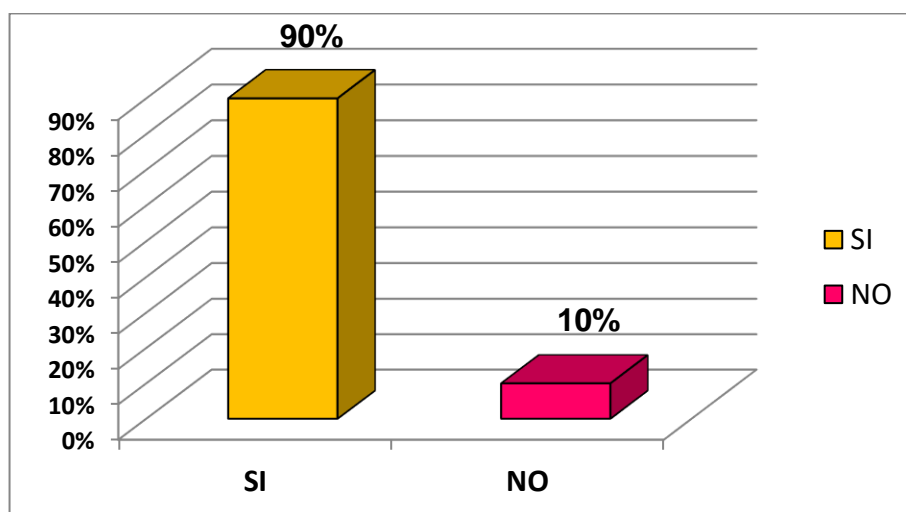
Gráfico 05. Situación de los profesionales de enfermería respecto al estudio de especialidad de Enfermería pediátrica del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014

Respecto a la situación de los profesionales de enfermería con estudio de especialidad en dolor neonatología, se encontró que el **55 % (11)** profesionales) han culminado sus estudios, el **25 % (5)** profesionales) todavía están estudiando, el **10% (2)** profesionales), son titulados y el **10% (2)** profesionales) no estudian.

**Tabla 06.** Los profesionales de enfermería recibieron capacitación de parte del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014.

Recibió capacitación	Frecuencia	%
SI	18	90%
NO	2	10%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 01.



**Gráfico 06.** Los profesionales de enfermería recibieron capacitación de parte del Instituto Nacional del Niño San Borja 2014

Respecto a los profesionales de enfermería que recibieron capacitación de parte del Instituto Nacional del Niño San Borja, se encontró que el **90% (18)** profesionales) si recibieron capacitación y el **10 % (2)** profesionales) no se capacitaron.

### 3.1.1.2. Conocimiento sobre dolor neonatal

**Tabla 07. Nivel de Conocimiento teórico sobre medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.**

Nivel de Conocimiento teórico del Profesional	Frecuencia	%
Bueno	5	25%
Regular	15	75%
Deficiente	0	0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 01.

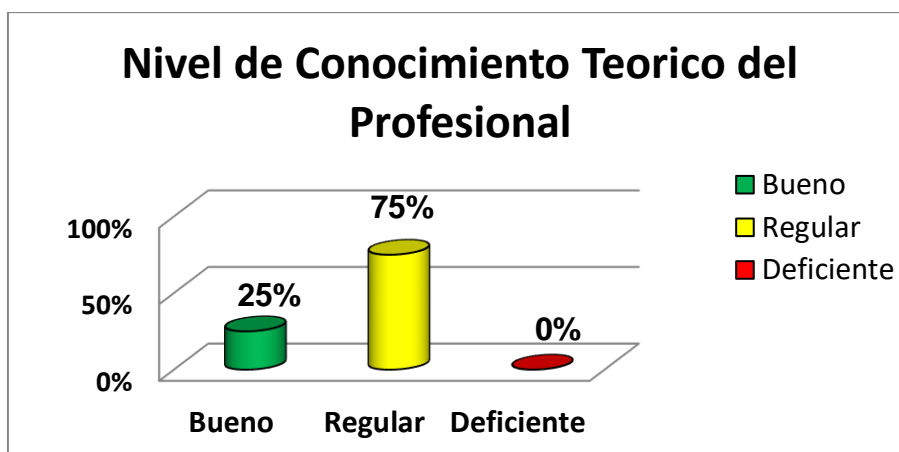


Gráfico 07. Nivel de Conocimiento teórico en aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014

Respecto al Nivel de Conocimiento, se encontró que el **75%** (15 profesionales) tienen el nivel **Regular**, el **25 %** (5 profesionales) tiene el nivel de conocimiento de **Bueno** y ningún profesional con nivel deficiente.

### 3.1.1.3. aplicación práctica en la mitigación del dolor en neonato quemado.

**Tabla 08.** Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Nivel de Aplicación Práctica del Conocimiento	Frecuencia	%
Cumple	16	80%
No Cumple	4	20%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 02 – Hoja de Cotejo.

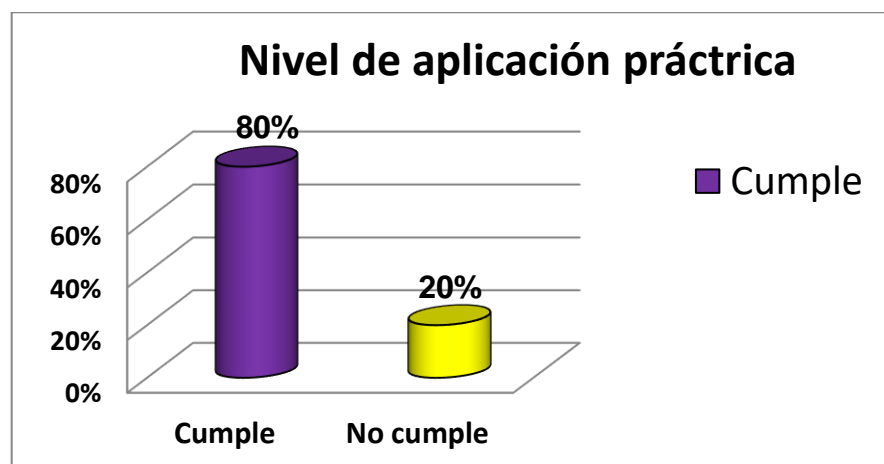


Gráfico 08. Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Respecto al Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños, se encontró que el **80% (16 profesionales) cumple** con su práctica asistencial y el **20 % (4 profesionales) no cumplen** con su práctica asistencial.

### 3.1.1.4. MANEJO PRÁCTICO NO FARMACOLOGICO DE ENFERMERAS

**Tabla 09.** Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es la de permitir la visita de los padres para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

MANEJO NO FARMACOLOGICO		
Permite visita de los padres	%	Frecuencia
<b>CUMPLE</b>	75%	15
<b>NO CUMPLE</b>	25%	5
<b>Total</b>	100%	20

Fuente: Anexo 02 – Guía de Observación.

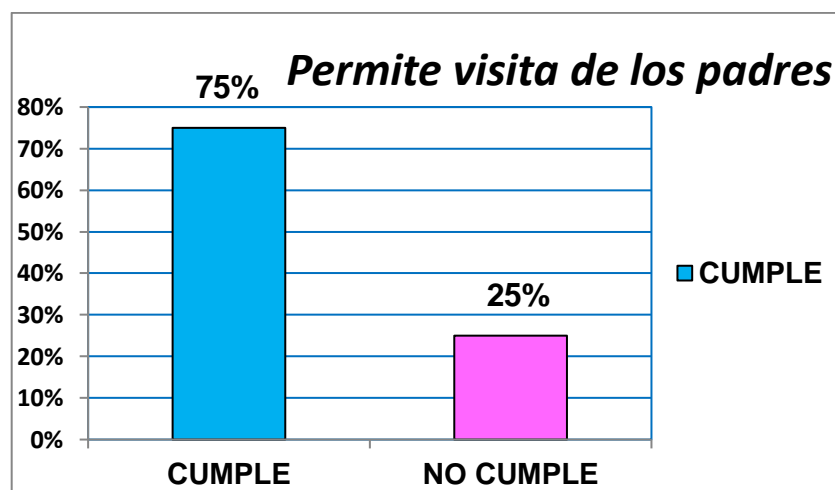


Gráfico 09. Nivel de **aplicación práctica** en manejo no farmacológico para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Respecto al Nivel de **aplicación práctica** en manejo **no farmacológico** como es la de permitir la **visita de los padres** para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados, se observó que el 75% (15 profesionales) **cumplen** y el 25 % (5 profesionales) **no cumplen**.

**Tabla 10.** Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es la de darle confianza para que exprese su dolor para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

<b>MANEJO NO FARMACOLOGICO</b>		
<b>Darle confianza para que exprese su dolor</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>CUMPLE</b>	65%	13
<b>NO CUMPLE</b>	35%	7
<b>Total</b>	100%	20

Fuente: Anexo 02 – Guía de Observación (preg. 1- 16).

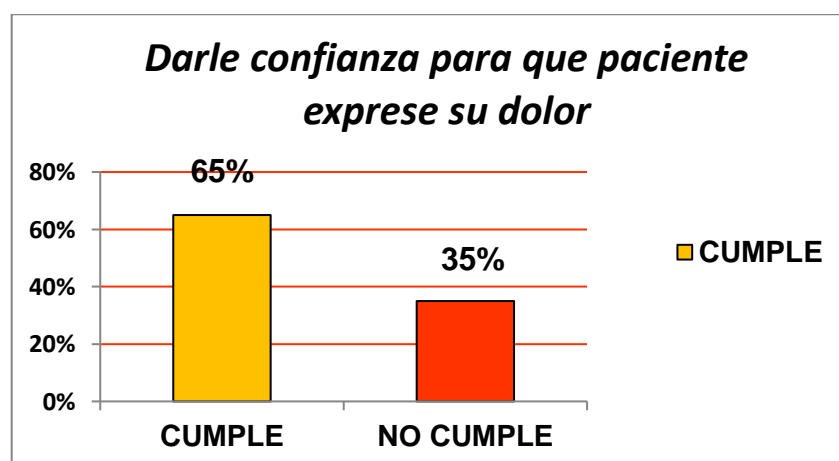


Gráfico 10. Nivel de aplicación práctica de medidas no farmacológicas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Respecto al Nivel de **aplicación práctica** en manejo **no farmacológico** cómo es la de **darle confianza para que exprese su dolor** para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados, se observó que el 65% (13 profesionales) **cumplen** y el 35 % (7 profesionales) **no cumplen**.

**Tabla 11.** Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico cómo es la de disminuir la luz excesiva para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

<b>MANEJO NO FARMACOLOGICO</b>		
Disminuir la luz excesiva	%	Frecuencia
<b>CUMPLE</b>	75%	15
<b>NO CUMPLE</b>	25%	5
<b>Total</b>	100%	20

Fuente: Anexo 02 – Guía de Observación (preg. 1- 16).

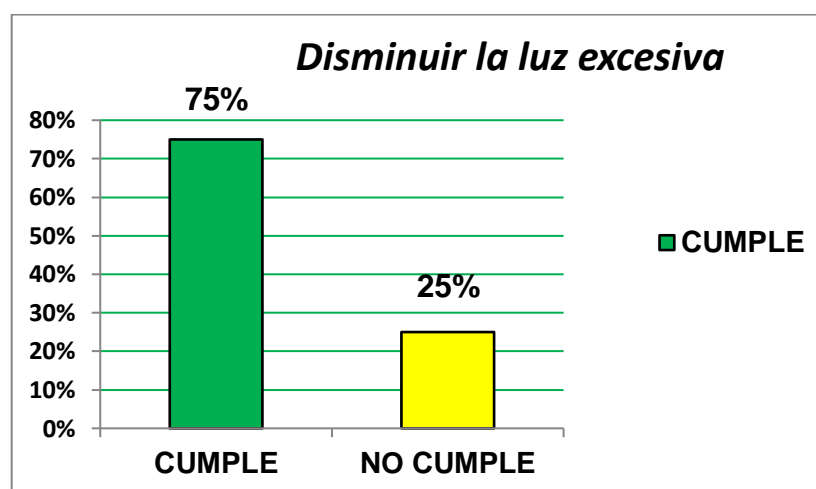


Gráfico 11. Nivel de aplicación práctica de medidas no farmacológicas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Respecto al Nivel de **aplicación práctica** en manejo no farmacológico como es la de **disminuir la luz excesiva** para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización, se observó que el **75% (15 profesionales) cumple** y el **25% (5 profesionales) no cumplen**.



**Tabla 12.** Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es la de disminuir el ruido excesivo para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

MANEJO NO FARMACOLOGICO		
Disminuir el ruido excesivo	%	Frecuencia
<b>CUMPLE</b>	85%	17
<b>NO CUMPLE</b>	15%	3
<b>Total</b>	100%	20

Fuente: Anexo 02 – Guía de Observación (preg. 1- 16).

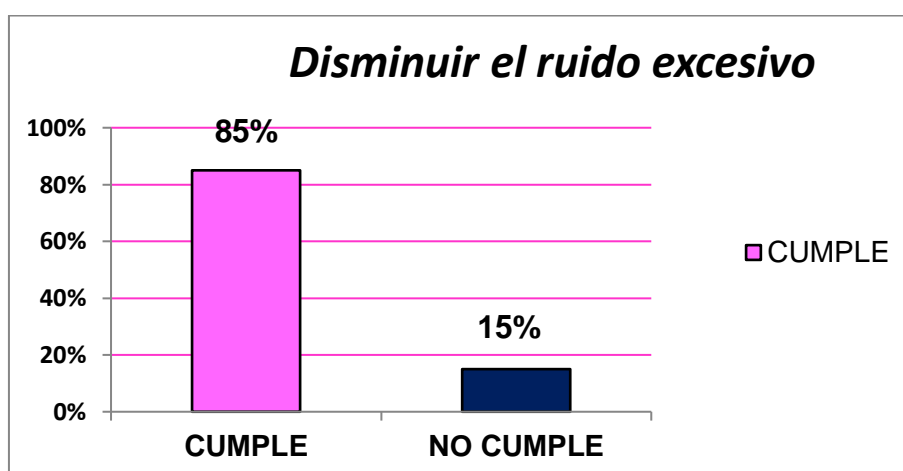


Gráfico 12. Nivel de aplicación práctica de medidas no farmacológicas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Respecto al Nivel de **aplicación práctica** en manejo no farmacológico como es la de **disminuir el ruido excesivo** para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados, se observó que el **85%** (17 profesionales) **cumple** y el 15 % (3 profesionales) **no cumplen**.

**Tabla 13.** Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es el de permitir el uso de sus juguetes para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

### MANEJO NO FARMACOLOGICO

Usos de sus juguetes	%	Frecuencia
<b>CUMPLE</b>	75%	15
<b>NO CUMPLE</b>	25%	5
<b>Total</b>	100%	20

Fuente: Anexo 02 – Guía de Observación (preg. 1- 16).

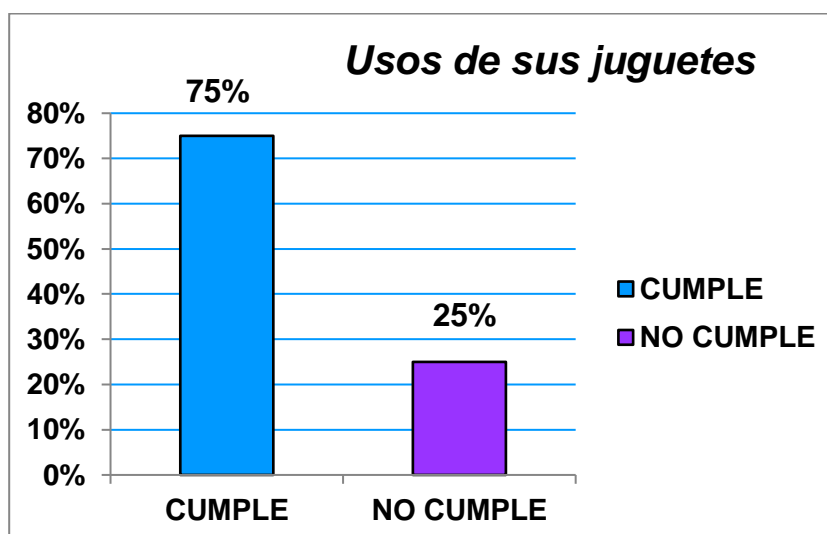


Gráfico 13. Nivel de aplicación práctica de medidas no farmacológicas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Respecto al Nivel de **aplicación práctica** en manejo no farmacológico como es el de permitir el **uso de sus juguetes** para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados, se observó que el **75% (15 profesionales) cumple** y el **25 % (5 profesionales) no cumplen**.

**Tabla 14.** Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es el trato humano para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

<b>MANEJO NO FARMACOLOGICO</b>		
<b>Trato Humano</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>CUMPLE</b>	95%	19
<b>NO CUMPLE</b>	5%	1
<b>Total</b>	100%	20

Fuente: Anexo 02 – Guía de Observación (preg. 1- 16).

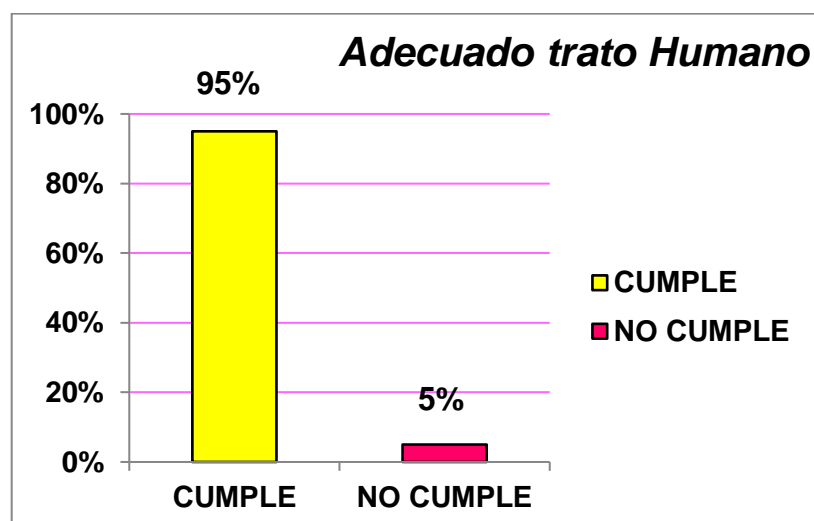


Gráfico 14. Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Respecto al Nivel de **aplicación práctica** en manejo no farmacológico como es el adecuado **trato humano** para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados, se observó que el **95% (19 profesionales) cumple** y el **5 % (1 profesionales) no cumplen**.

**Tabla 15.** Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es la alimentación con leche materna para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

MANEJO NO FARMACOLOGICO		
Leche materna	%	Frecuencia
<b>CUMPLE</b>	85%	17
<b>NO CUMPLE</b>	15%	3
<b>Total</b>	100%	20

Fuente: Anexo 02 – Guía de Observación (preg. 1- 16).

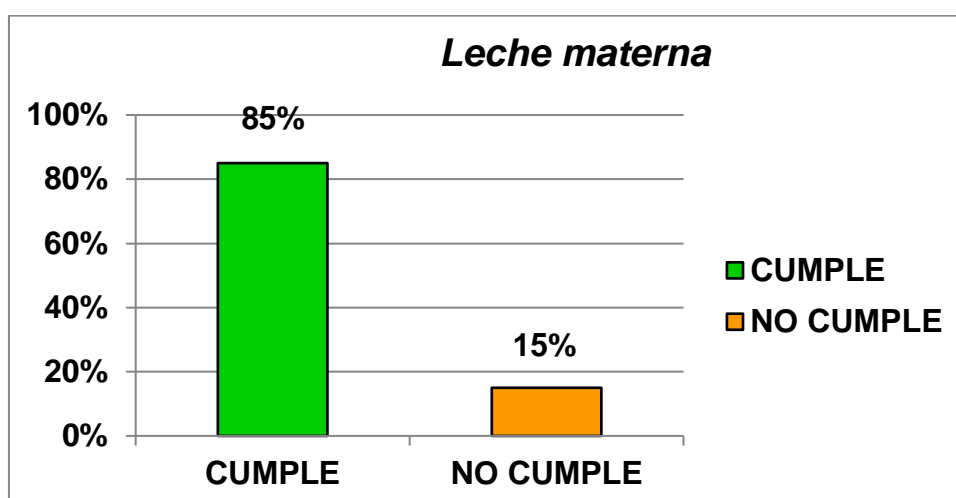


Gráfico15. Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Respecto al Nivel de **aplicación práctica** en manejo no farmacológico como es la alimentación con **leche materna** para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados, se observó que el **85%** (17 profesionales) **cumple** y el **15 %** (3 profesionales) **no cumplen**.

**Tabla 16.** Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es el de **Acurrucarles** para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

<b>MANEJO NO FARMACOLOGICO</b>		
<b>Acurrucarles</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>CUMPLE</b>	65%	13
<b>NO CUMPLE</b>	35%	7
<b>Total</b>	100%	20

Fuente: Anexo 02 – Guía de Observación (preg. 1- 16).

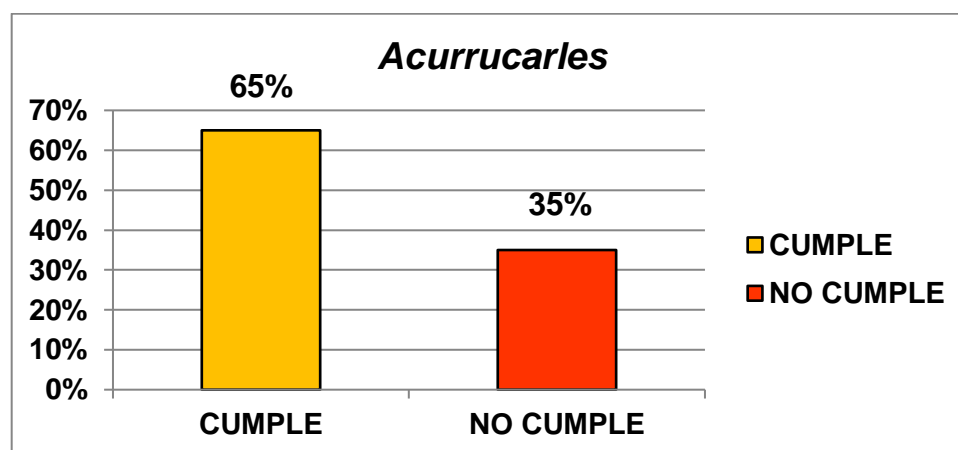


Gráfico 16. Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Nivel de **aplicación práctica** en manejo no farmacológico como es el de **Acurrucarles** para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados, se observó que el **65%** (13 profesionales) **cumple** y el **20 %** (4 profesionales) **no cumplen**.

**Tabla 17.** Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico como es el de hablarles suavemente para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

MANEJO NO FARMACOLOGICO		
Hablarles suavemente	%	Frecuencia
<b>CUMPLE</b>	75%	15
<b>NO CUMPLE</b>	25%	5
<b>Total</b>	100%	20

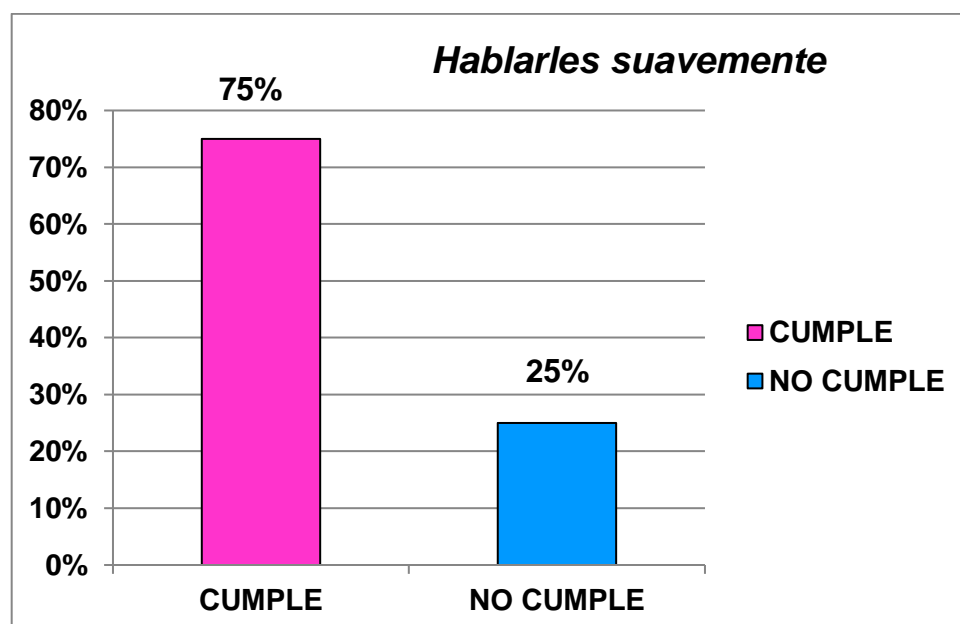
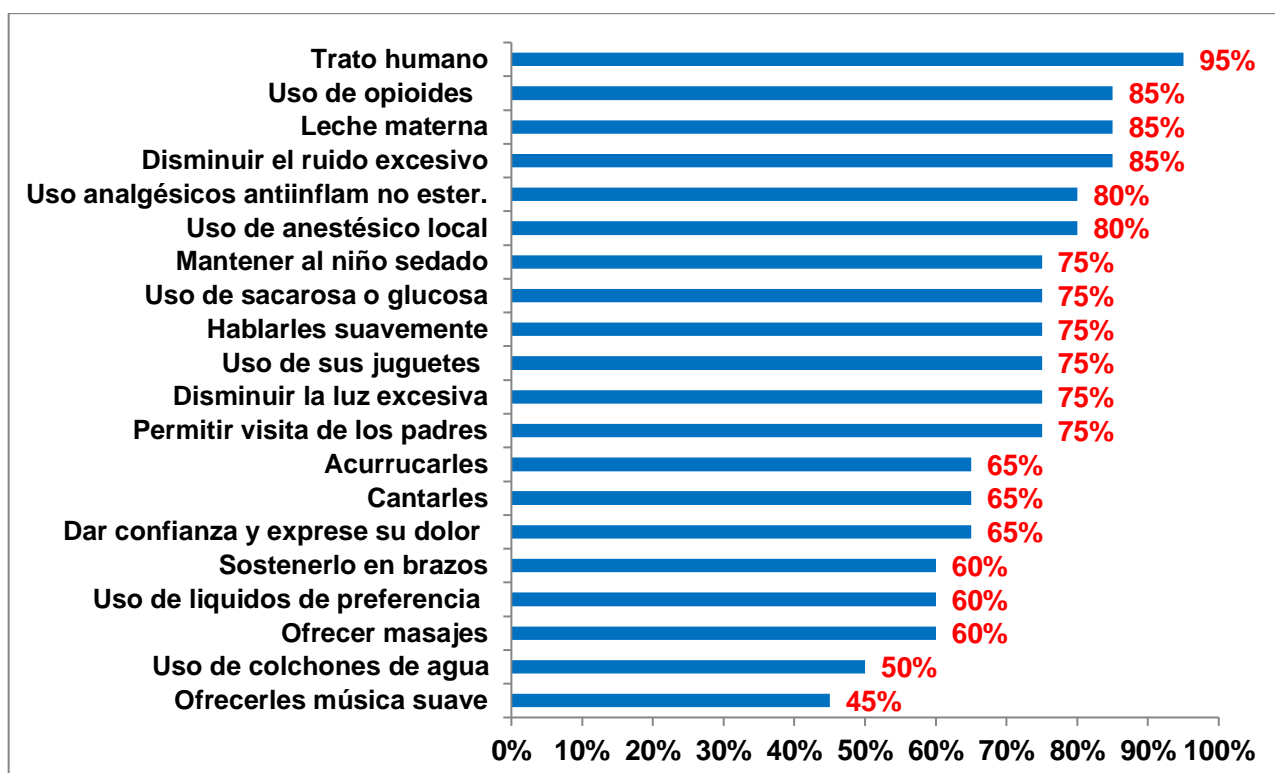


Gráfico 17. Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Respecto al Nivel de **aplicación práctica** en manejo no farmacológico como es el de **hablarles suavemente** para eliminar el dolor en niños del servicio de

hospitalización de quemados, se observó que el **75%** (15 profesionales) **cumple** y el **25 %** (5 profesionales) **no cumplen**.

**Tabla 18.** Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico y farmacológico para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.



**Gráfico 18.** Nivel de aplicación práctica en manejo no farmacológico y farmacológico para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Los resultados obtenidos mediante la Guía de Observación (Anexo 02), que fue para determinar la **aplicación práctica** en manejo **no farmacológico y farmacológico** en la eliminación del dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados, se tuvo los siguientes resultados en porcentajes:

Trato humano 95%, Disminuir el ruido excesivo 85%, Leche materna 85%, Uso de opioides 85%, Uso de anestésico local 80%, Uso analgésicos antiinflamatorio no esteroides. 80%, Permitir visita de los padres 75%, Disminuir la luz excesiva 75%, Uso de sus juguetes 75%, Hablarles suavemente 75%, Uso de sacarosa o glucosa 75%, Mantener al niño sedado 75%, Dar confianza y exprese su dolor 65%. Cantarles 65%, Acurrucarles 65%, Ofrecer masajes 60%, Uso de líquidos de preferencia 60%, Sostenerlo en brazos 60%, Uso de colchones de agua 50% y ofrecerles música suave 45%.

### 3.1.2 Análisis inferencial

**Tabla 19.** Análisis de relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

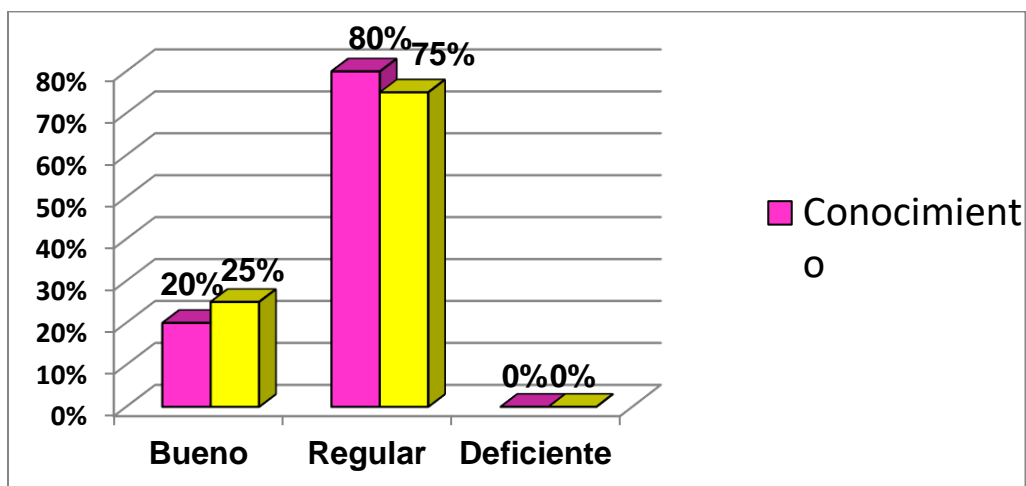
Nivel de Conocimiento	Aplicación práctica					
	Cumple	%	No Cumple	%	N° Enfermeras	%
Bueno	16	80	0	80	5	25
Regular	0	0	4	20	15	75
Deficiente	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	16	80	4	100	20	100

$$X^2 = 6.412$$

$$p = 0.0048 < 0.005 (*)$$

Fuente: Anexo 01 y 02.





**Gráfico 19.** Relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Respecto a la relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de aplicación práctica asistencial de los profesionales, tenemos que dentro del rango **Bueno** a nivel de conocimientos están con **20%** y ponen en aplicación práctica un **25%**, de igual modo en la categoría **Regular**, a nivel de conocimientos están con **80%** y ponen en aplicación práctica un **75%**.

Por otra parte, vemos que estos criterios presentan dependencia significativa ( $p=0.0048 < 0.05$ ); es decir que existe una relación significativa entre los conocimientos y la aplicación práctica de las enfermeras involucradas en la investigación.

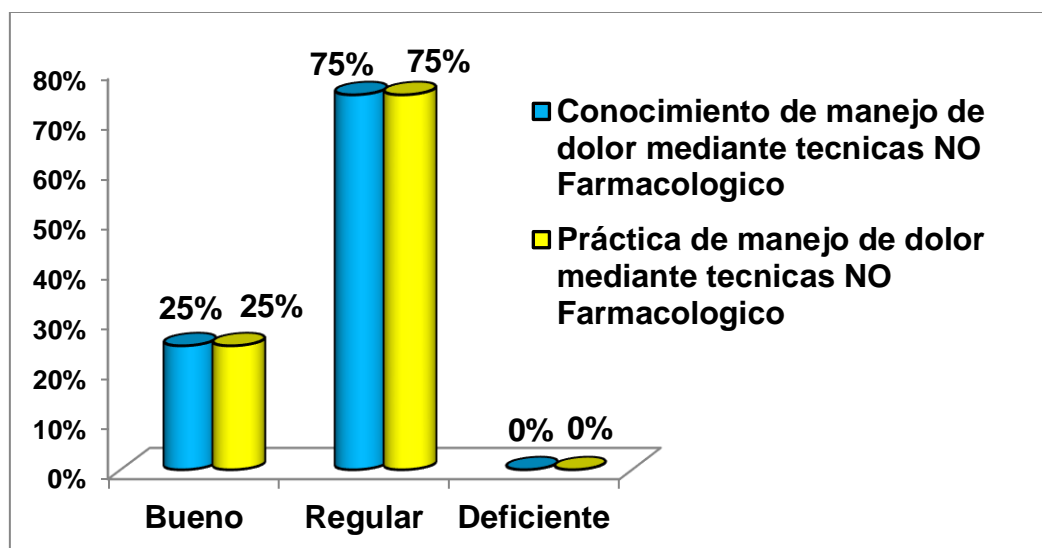
**Tabla 19.** Análisis de relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación práctica de manejo del dolor mediante técnicas No farmacológicas en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Nivel de Conocimiento	Aplicación práctica No farmacológica					
	Cumple	%	No Cumple	%	N° Enfermeras	%
Bueno	15	75	0	75	5	25
Regular	0	0	5	20	15	75
Deficiente	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	15	75	5	100	20	100

$X^2 = 6.219$

$p = 0.0049 < 0.005 (*)$

Fuente: Anexo 01 y 02.



**Gráfico 19.** Relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación práctica de manejo del dolor mediante técnicas No farmacológicas en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Respecto a la relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de **la aplicación práctica** de manejo del dolor mediante técnicas **No farmacológicas**, tenemos que dentro del rango **Bueno** a nivel de conocimientos están con **25%** y aplican práctica un **25%**, de igual modo en la categoría **Regular**, a nivel de conocimientos están con **75%** y ponen en práctica un **75%**.

Por otra parte, vemos que estos criterios presentan dependencia significativa ( $p=0.0049 < 0.05$ ); es decir que existe una relación significativa entre los conocimientos y la aplicación práctica de la enfermeras involucradas en la investigación.

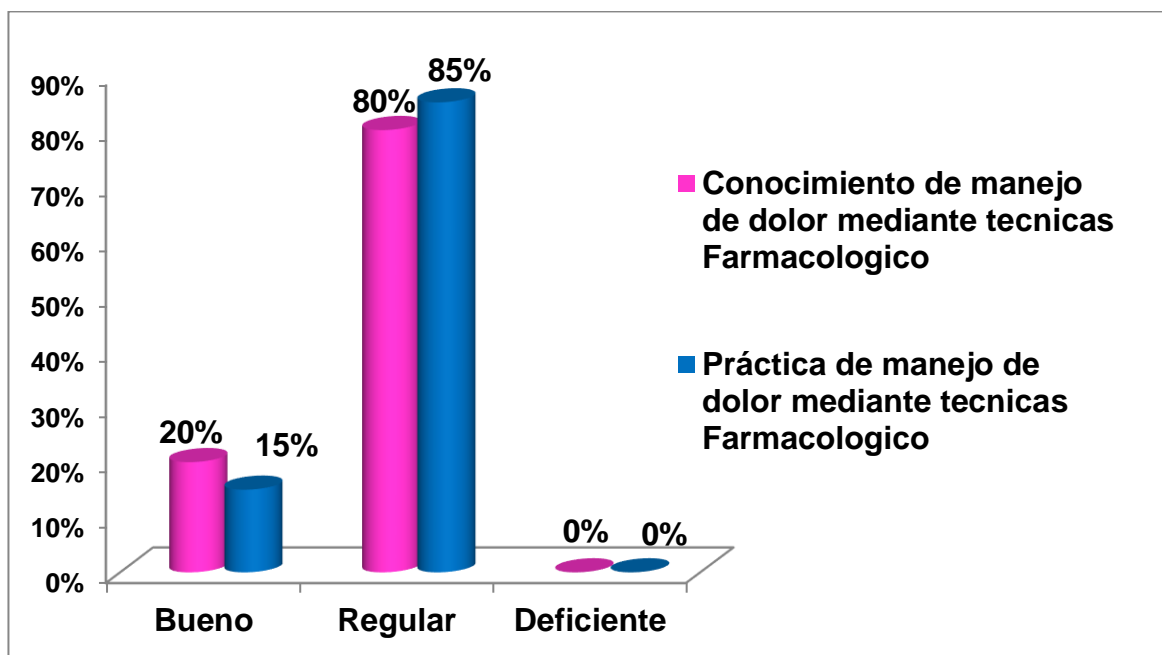
**Tabla 20.** Análisis de relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación práctica de manejo del dolor mediante técnicas farmacológicas en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Nivel de Conocimiento	Aplicación práctica farmacológica					
	Cumple	%	No Cumple	%	N° Enfermeras	%
<b>Bueno</b>	16	80	0	80	3	15
<b>Regular</b>	0	0	4	20	17	85
<b>Deficiente</b>	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	16	80	4	100	20	100

$$X^2 = 6.987$$

$$p = 0.0037 < 0.005 (*)$$

Fuente: Anexo 01 y 02.



**Gráfico 20. Relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación práctica de manejo del dolor mediante técnicas farmacológicas en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.**

Respecto a la relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de **la aplicación práctica** de manejo del dolor mediante técnicas **Farmacológicas**, tenemos que dentro del rango **Bueno** a nivel de conocimientos están con **20%** y aplican práctica un **15%**, de igual modo en la categoría **Regular**, a nivel de conocimientos están con **80%** y ponen en práctica un **85%**.

Por otra parte, vemos que estos criterios presentan dependencia significativa ( $p=0.0037 < 0.05$ ); es decir que existe una relación significativa entre los conocimientos y la aplicación práctica de la enfermeras involucradas en la investigación.

### 3.2 Discusión

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como «una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial, o que se describe en términos de ese daño» (46).

La definición hace hincapié en la naturaleza física y emocional del dolor. Con respecto al dolor en los niños cabe añadir que «La incapacidad de comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de que alguien esté sufriendo dolor y necesite un tratamiento analgésico apropiado. El dolor es siempre subjetivo...» (47) El dolor es un fenómeno multidimensional, con componentes sensoriales, fisiológicos, cognitivos, afectivos, conductuales y espirituales. Las emociones (componente afectivo), las respuestas conductuales al dolor (componente conductual), las creencias, las actitudes, y en particular las actitudes espirituales y culturales con respecto al dolor y a su control (componente cognitivo) alteran la forma como se padece el dolor (componente sensorial) modificando la transmisión de los estímulos nocivos (desagradables) al cerebro (componente fisiológico).

Dice; L. M. Pastor en 1997, el (la) enfermero no es el profesional que solo colabora estrechamente con el médico, alguien que realiza lo que se le encarga, sino que tiene también sus propias competencias, de las que debe responder y a través de las cuales se realiza como profesional.

Para Brennan y M. J. Cousins, la promoción del alivio del dolor es un derecho humano fundamental, esto como una buena práctica médica y ética para el beneficio de los pacientes, donde la responsabilidad

del adecuado alivio y monitoreo del mismo está a cargo del personal de enfermería.

Por otro lado, Harper, citado por Arratia, establece que el conocimiento de enfermería está conformado por patrones de tipo empírico, estético conocimiento personal y ético. Entre ellos, el ético corresponde a un elemento fundamental en el cuidado como es la relación enfermera(o) - paciente, que se construye sobre la ética del respeto al otro como interlocutor válido, y la intersubjetividad y la comunicación efectiva, teniendo en cuenta y respetando los aspectos culturales, valores y creencias y respetando su totalidad. El cuidado del ser humano sobre todo cuando está de por medio el sufrimiento humano de la personas, el dolor que mitiga la tranquilidad y bienestar.

La Ética en enfermería no se centra solamente en los llamados dilemas bioéticos, sino también en la posición que asume el personal de enfermería frente al dolor, en el sufrimiento del niño, en el planteamiento del buen cuidado diario a dicho paciente, así como el cuidar de los aspectos que ayuden a las personas a mantener la salud desde sus propias creencias, costumbres y preferencias. El enfermero centra su atención en el paciente y su principal objetivo es ayudar a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, favorecer el bienestar y disminuir al mínimo el sufrimiento.

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social, la cual se expresa a través del cuidado de enfermería, donde radica su naturaleza humana y social y en la relación interpersonal que se establece entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado. En esta interacción con el sujeto cuidado, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, la empatía es

un elemento fundamental del cuidado. Puede decirse, entonces, que en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto - sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales.

Por tanto, el término "cuidado" implica para el profesional de enfermería el objetivo esencial de la profesión, la cual necesita para su ejercicio de conocimientos, técnicas y habilidades, así como de saber hacer uso de ellos, a partir de unas actitudes o virtudes morales que permitan enfocar el cuidado en la mejor dirección (54).

COLLAO, Carmen en el año 2002 realiza el trabajo de investigación titulado "ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL NIÑO CON DOLOR. CHILE- NOVIEMBRE 2001-ENERO 2002"; donde el objetivo estaba destinado a determinar la actitud de la enfermera frente al dolor y caracterizar algunos factores que influyen en dicha actitud. El estudio fue de tipo descriptivo, con un diseño de tipo correlacional transversal durante los meses de noviembre del año 2001 a enero del año 2002. La muestra poblacional total fue de 43 entre enfermeras y personal técnico de enfermería, del Hospital Regional de Antofagasta. Los resultados arrojaron que: "El 72% de las enfermeras muestran una **actitud desfavorable hacia el dolor del paciente**, mientras que el **27% de ellas muestran una actitud favorable frente al dolor** del paciente. Dentro de los factores que influyen en dicha actitud principalmente está la **capacitación continua (conocimiento)**, entre otros." 55

RAMÍREZ ARGUMÉ Raquel Lucía del Pilar en el año 2009, publica su la tesis "Actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan

los niños con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño”, donde concluye que: El Cuadro N° 3 “Actitud de la Enfermera según Capacitación Hacia el Dolor que Experimentan los Niños con Quemaduras en el Servicio de Quemados del INSN, 2009”, se observa que del total de 14 enfermeras (100%), 4 enfermeras (28.60%) que presentan una actitud medianamente favorable, recibieron su última capacitación en el año 2008, 10 enfermeras (71.40%) que presentan una actitud desfavorable, la mayoría de ellas recibieron capacitación en el año 2007 y otras no recibieron ninguna capacitación en los últimos 5 años. La actualización de conocimientos es una de las responsabilidades fundamentales del profesional de salud, ya que día a día avanza la innovación farmacéutica y la tecnología de tratamiento a favor del paciente.

La capacitación secundaria recibida por el profesional durante su etapa laboral, **favorece el desarrollo de actitudes positivas**, ello porque todo mito, tradición y/o estereotipo sobre dolor en niños se ve relegado por el conocimiento actualizado del tema; y es que la capacitación constante origina que las actitudes cambien favorablemente, siendo el pensar, actuar y sentir expresados en forma positiva en cada acción realizada, donde la edad y experiencia no tienen mayor determinación.

En cambio, la permanencia del conocimiento primario, el poco compromiso profesional y el conformismo con la capacitación primaria recibida, favorece la subsistencia de actitudes desfavorables las cuales solo limitarían el brindar un cuidado integral al niño quemado con dolor, toda vez **que no se realizaría** un adecuado manejo.

Twycross manifiesta que si bien la educación recibida en las capacitaciones secundarias (durante la vida laboral) es de relevancia



y adecuada, de poco valor será si esta no es actualizada con frecuencia. En el caso del dolor en niños, estos continuarán sufriendo innecesariamente durante la hospitalización ya que la enfermera no prioriza lo suficiente el manejo del dolor tanto como otras actividades de su rol. Zalantera y Zavala refieren que la relación entre **capacitación secundaria recibida y actitud desfavorable es inversamente proporcional**, toda vez que las actitudes favorables se evidencian en quienes han recibido capacitación en servicio constantemente, ello originará que la evolución del niño sea positiva y que su estadía hospitalaria disminuya, solo depende del manejo que el personal haga de su dolor, concluye.

Siendo importante resaltar que este estudio muestra que las enfermeras con actitud desfavorable ante el dolor del niño quemado en su mayoría (57.1%) han recibido su última capacitación hace 3 años a más, mientras que aquellas enfermeras con actitud medianamente favorable en minoría (28.6%) han recibido su última capacitación hace menos de 2 años, lo que sugiere que las enfermeras que se capacitan constantemente muestran una actitud más favorable frente al dolor que experimentan los niños con quemaduras ya que actualizan sus conocimientos lo que a su vez les permite mantener su sensibilidad frente al dolor.

**De la tabla y grafico N° 05 de nuestra investigación** tenemos que de los **20** los profesionales que participaron en la investigación con respecto a si tienen estudio de especialidad en Enfermería pediátrica, tenemos que el **55 % (11)** profesionales han culminado sus estudios, el **25 % (5)** profesionales todavía están estudiando, el **10% (2)** profesionales, son titulados y el **10% (2)** profesionales no estudian.

Asimismo según la tabla y grafico N° 06 de nuestra investigación tenemos que el 90% de los profesionales recibió capacitación del tema.

Con respecto a la **relación entre el nivel de conocimiento** acerca de manejo del dolor en niños quemados tenemos de la **Tabla Grafico N° 07**, que el **75% (15 profesionales)** tienen un nivel de conocimiento **Regular** y el **25 % (5 profesionales)** tiene el nivel de conocimiento **Bueno** y ningún profesional con nivel deficiente.

Con respecto a la **aplicación práctica** de medidas para eliminar el dolor en niños tenemos de la **Tabla Grafico N° 08** que el **80% (16 profesionales)** **cumple** con su práctica asistencial y el **20 % (4 profesionales)** **no cumplen** con su práctica asistencial..

De todo ello al relacionar el nivel de conocimientos y el nivel de aplicación práctica asistencial de los profesionales (**tabla y grafico N° 19**), tenemos que dentro del rango **Bueno** a nivel de conocimientos están con **20%** y ponen aplican práctica un **25%**, de igual modo en la categoría **Regular**, a nivel de conocimientos están con **80%** y ponen en práctica un **75%**. Adicionalmente podemos afirmar que es decir que existe una relación significativa entre los conocimientos y la aplicación práctica de la enfermeras involucradas en la investigación, teniendo como base esta afirmación la dependencia significativa obtenido de ( $p=0.0048 < 0.05$ ).

De todo lo mencionado anteriormente podemos concluir que cuanto más capacitado y actualizado se encuentre el personal profesional acerca del manejo de dolor de quemados en niños mayor será su conocimiento y su desempeño en el trato humano s de manejo de

dolor mediante técnicas No Farmacológicas y Farmacológicas tal como vemos en la Tabla y **Grafico N° 18**, que muestra que el trato humano es la práctica más común entre los profesionales de enfermería del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja y esto está relacionado a su buen nivel de conocimiento tal como se aprecia en la Tabla y Grafico N° 07.

## CONCLUSIONES

- En cuanto a la edad de los profesionales, se encontró que el **50%** (10 enfermeras) tienen edades entre 30 a 39 años, el **30,0%** (06 enfermeras), entre 18 a 29 años, el **15,0%** (03 enfermeras) entre 40 a 49 años y **5%** (1 enfermera) con 50 o más años.
- Respecto al sexo de los profesionales de enfermería, se encontró que el **85 %** (17 profesionales) son mujeres y el **15 %** (3 profesionales), son varones.
- Respecto a los años de experiencia de los profesionales de enfermería, se encontró que el **50 %** (10 profesionales) trabajan de **4 a 6 años**, el **35 %** (7 profesionales) trabajan de **1 a 3 años** y el **15%** (3 profesionales) trabajan más de 7 años.
- Respecto a la situación laboral de los profesionales de enfermería, se encontró que el **90 %** (18 profesionales) son **Contratados** y solo el **2%** (2 profesionales) son **nombrados**.
- Respecto a la situación de los profesionales de enfermería con estudio de especialidad de Enfermería Pediátrica, se encontró que el **55 %** (11 profesionales) han culminado sus estudios, el **25 %** (5 profesionales) todavía están estudiando, el **10%** (2 profesionales), son titulados y el **10%** (2 profesionales) no estudian.

- Respecto a los profesionales de enfermería que recibieron capacitación de parte del Instituto Nacional del Niño San Borja, se encontró que el **90%** (**18** profesionales) si recibieron capacitación y el **10 %** (2 profesionales) no se capacitaron.
- Respecto al Nivel de Conocimiento, se encontró que el **75%** (**15** profesionales) tienen el nivel **Regular**, el **25 %** (**5** profesionales) tiene el nivel de conocimiento de **Bueno** y ningún profesional con nivel deficiente.
- Respecto al Nivel de aplicación práctica de medidas para eliminar el dolor en niños, se encontró que el **80%** (**16** profesionales) **cumple** con su práctica asistencial y el **20 %** (**4** profesionales) **no cumplen** con su práctica asistencial.
- Los resultados obtenidos mediante la Guía de Observación (Anexo 02), que fue para determinar la **aplicación práctica** en manejo **no farmacológico y farmacológico** en la eliminación del dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados, se tuvo los siguientes resultados en porcentajes:  
Trato humano 95%, Disminuir el ruido excesivo 85%, Leche materna 85%, Uso de opioides 85%, Uso de anestésico local 80%, Uso analgésicos antiinflamatorio no esteroides. 80%, Permitir visita de los padres 75%, Disminuir la luz excesiva 75%, Uso de sus juguetes 75%, Hablarles suavemente 75%, Uso de sacarosa o glucosa 75%, Mantener al niño sedado 75%, Dar confianza y exprese su dolor 65%. Cantarles 65%, Acurrucarles 65%, Ofrecer masajes 60%, Uso de líquidos de preferencia 60%, Sostenerlo en brazos 60%, Uso de colchones de agua 50% y ofrecerles música suave 45%.

- Respecto a la **relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de aplicación práctica asistencial** de los profesionales, tenemos que dentro del rango **Bueno** a nivel de conocimientos están con **20%** y ponen aplican práctica un **25%**, de igual modo en la categoría **Regular**, a nivel de conocimientos están con **80%** y ponen en práctica un **75%**. Por otra parte, vemos que estos criterios presentan dependencia significativa ( $p=0.0048 < 0.05$ ); es decir que existe una relación significativa entre los conocimientos y la aplicación práctica de la enfermeras involucradas en la investigación. Con estos resultados también se **acepta la hipótesis alterna Ha** que plantea que el **nivel de conocimiento** del personal de Enfermería se relaciona con **la aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños y se rechaza la hipótesis nula**.
- Respecto a la relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de **la aplicación práctica** de manejo del dolor mediante técnicas **No farmacológicas, de la tabla y grafico N° 19**, tenemos que dentro del rango **Bueno** a nivel de conocimientos están con **25%** y aplican práctica un **25%**, de igual modo en la categoría **Regular**, a nivel de conocimientos están con **75%** y ponen en práctica un **75%**. Por otra parte, vemos que estos criterios presentan dependencia significativa ( $p=0.0049 < 0.05$ ); es decir que existe una relación significativa entre los conocimientos y la aplicación práctica de la enfermeras involucradas en la investigación.
- Respecto a la relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de **la aplicación práctica** de manejo del dolor mediante técnicas **Farmacológicas, de la tabla y grafico N° 20**, tenemos que dentro del rango **Bueno** a nivel de conocimientos están con **20%** y aplican práctica un **15%**, de igual modo en la categoría **Regular**, a nivel de conocimientos están con **80%** y ponen en práctica un **85%**. Por otra parte, vemos que

estos criterios presentan dependencia significativa ( $p=0.0037 < 0.05$ ); es decir que existe una relación significativa entre los conocimientos y la aplicación práctica de las enfermeras involucradas en la investigación.

### **RECOMENDACIONES**

- Fortalecer permanentemente a través de capacitaciones y especialidades el desarrollo personal y profesional del personal de Enfermería del Servicio de Hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja.
- Al personal de enfermería es muy importante que se capaciten en el tratamiento no farmacológico para minimizar el dolor.
- A la Unidad de capacitación y jefatura de enfermería programen talleres de capacitación y relajación para las enfermeras que brindan atención en esta área.
- Que el personal de enfermería debe involucrarse con la atención humanizada para dar al paciente y familia la fortaleza durante su hospitalización,
- El presente estudio debe ser punto de referencia para trabajos futuros en el tratamiento del dolor.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Claraley.** Quemaduras en el niño. [En línea] 2011. [Citado el: 18 de 10 de 2017]. Disponible en:  
<http://claraley.blogspot.pe/2011/05/quemaduras-en-el-nino.html>.
2. **Enrique, y otros.** Quemaduras en edad pediátrica. Chile: Revista Archivo Médico de Camagüey, 2015. Vol. AMC vol.19 . ISSN 1025-0255.
3. **Ramírez Argumé, Raquel Lucía del Pilar.** El dolor producido por las quemaduras es considerado como uno de los más intensos debido a la sobreexcitación de nociceptores y el daño tisular característico. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009.
4. **Soto, Mercedes.** Manejo del dolor realizado a niños atendidos en la unidad de quemados del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde desde marzo a junio del 2013. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil, 2013.
5. **Beltrán Rodríguez, Rafael.** Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor. Porto : Universidad Frenando Pessoa, 2014.
6. **Mena, Robles.** "El Paciente Quemado: Abordaje Psicológico". España: Universidad Católica de Murcia, 2014. Dane Gómez-Torres, Dra. en Enfermería Artículos relacionados 9 de abril 2014 [WWWSCIELO.br/pdf/u23n2/es-01404-0707-Tec-23-02-00233pdf](http://WWWSCIELO.br/pdf/u23n2/es-01404-0707-Tec-23-02-00233pdf).
7. **Rodríguez Orcila.** "Calidad en la atención al quemado". La Habana Ed. Científica - Técnica 1990 pág. 1-2
8. **Rodríguez Fredy** "Lo cognoscitivo y Psicosocial como factor de riesgo en Salud" Perú: Ed científica-Técnica, 1998-p.76.
9. **SIMON, M.** Secuelas por Quemaduras. 2ª. ed. La Habana: Pueblo y Educación, 1996. pp. 193-196.
10. **Tovar, Ana María.** Quemaduras artículos relacionados. [www.bioline.org.br/pdf?rc05081](http://www.bioline.org.br/pdf?rc05081)

11. **Jaramillo y Ching.** “Actitud de las madres de hijos menores de 15 años con secuela de quemaduras relacionados con su ubicación en el INS en Perú”: 1996.
12. **Lourdes del Rosario Burga Collazos, Rayza Noelia Paredes Agurto** Tesis “Actitud de la enfermera frente al dolor del neonato en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente las Mercedes”, Chiclayo, Perú: 2014
13. **KANT Immanuel** “Teorías del conocimiento”. Buenos Aires Ed. Navarro 1971.
14. Código de Ética del Colegio de Enfermeros del Perú
15. **Berdayes Martínez, Daisy-** Desarrollo teórico de Enfermería. ISCM- 2001:9,18.
16. **Whitaker, James** “Psicología de Enfermería Barcelona Ediciones Rol 1982 Pág. 58.
17. **Martínez Tomey-Ann; Raile Alligood, Martha.** Modelos y teorías en Enfermería, Ed. Arcourt, S.A., España 2000:186.
18. **Ana Peñalba Citores, Rafael Marañón Pardillo.** Tratamiento de las quemaduras en urgencias. Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Disponible en: [sdS8GpSkJ:www.aeped.es/protocolos/urgencias/23.pdf+quemaduras+en+pediatria&cd=](http://sdS8GpSkJ:www.aeped.es/protocolos/urgencias/23.pdf+quemaduras+en+pediatria&cd=)
19. **Raquel Ramírez Argumé.** Actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2009 – 2010. Lima. Disponible: [cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/536/1/Ramirez\\_ar.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/536/1/Ramirez_ar.pdf).
20. **Ramírez.** Actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños. Disponible en:
21. [concybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/536/1/Ramirez\\_ar.pdf](http://concybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/536/1/Ramirez_ar.pdf)
22. **Melgarejo Solis Giannina.** Nivel de conocimientos y su relación con las actitudes con los padres de familia respecto a su participación en la

atención del niño hospitalizado en el servicio de quemados del instituto especializado de salud del niño. 2006. Lima. Cybertesis UNMSMcybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1054/1/melgarejo\_sg.pdf.

- 23. Sanhuesa O, Valenzuela S, Torres A, Barriga O, Espinoza V.** Cuality of Life in patients Admitted To The National Pain Relief.and palativ care Programa in Chile. A 119.Rev.Quality of life research 119.
- 24.** Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería.
- 25. Castellon.** san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologic o+CIE.pd Asociación Internacional para el Estudio de Dolor.
- 26. Aquichan,** vol. 3, núm. 3, octubre, 2003, pp. 32-41 Universidad de La Sabana, Cundinamarca, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130306>
- 27. Diana Marcela Achury** Investigación en enfermería Imagen y Desarrollo - Vol. 9 N° 1
- 28. Gutiérrez Giraldo G, Cadena Afanador LP.** Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. Revista MedUnab [en línea]. 2001; 4(10):1-5. Disponible en: <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA410/HISTORIA%20DOLOR.PDF>
- 29. Nover Marti N.** Aspectos psicológicos del dolor. 2000. p. 1-13.
- 30. Álvarez Echeverri T.** Teorías sobre el dolor: proceso de enfermería.
- 31. Marión G, Moore S.** Teorías de rango medio enfocado al dolor. 1996. p. 1-10.

- 32. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gith A, Suppe E.** The middlerange theory of unpleasant symptoms: an update. *Adv Nurs Sci.* 1997;19(3):14-27
- 33. Higgins I, Madjar I, Walton J.** Chronic pain in elderly nursing home residents: the need for nursing leadership'. *J Nurs Manag.* 2004; 12(3):167-73.
- 34. Hyun MS, Lee JL, Lee KH, Shin SO, Kwon KY, Song HS, et al.** Pain and its treatment in patients with cancer in Korea. *Oncology.* 2003;64(3):237-44 [med.javeriana.edu.co/publi/.../Teoria%20de%20la%20compuerta.pdf](http://med.javeriana.edu.co/publi/.../Teoria%20de%20la%20compuerta.pdf)
- 35. Mccafferi, y Beebe, A. Dolor:** Manual clinic para la práctica de enfermería, Salvat Editores” “Teoría sobre el dolor” pp.39-45,1992.
- 36. Novel, G.”** Aspectos Psicológicos del dolor” *Revista Rol de Enfermería,* No 104. pp.39-45,1992.
- 37. Lenz.E;Suppe,F.; Gift, A. y Cols.Nsg.Sci.,**17(3):1-13,1995.
- 38. Good, Marion y More, Shirley.** Guías de la práctica clínica como una fuente de teoría de mediano rango en el dolor agudo” *Nurs Outlook,*44(2):74-79 1996
- 39.. Good, Marion, y Moore, Shirley.** “Guías de la práctica clínica como una fuente de teoría de mediano rango: foco en el dolor agudo”. *Nursing Outlook,* 44 (2): 74-79, 1996.
- 40. Torrecillas, L.** Funciones de enfermería en los cuidados y tratamiento del dolor. Evaluación y control del dolor. Escalas de valoración. Artículo publicado en la web [Saludbalear.com](http://Saludbalear.com)
- 41. Presytero R,Lisieux Vaz da costa M, Sales Santos RC.** Enfermeiros. *Revista de Enfermería do Nordeste-Rev Rene fortaleza* 2012;11(1):125-32.
- 42. Medynet.** MANEJO DE QUEMADOS  
[www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo%20de%20quemados.pd](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo%20de%20quemados.pd)
- 43. Tanabe RN, Buschmann RN.** Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *J Emerg Nurs.* 2000;26(4): 299-305.

- 44. Anhuesa O, Valenzuela S, Torres A, Barriga O. Espinoza V.** Cuality of Life in patients Admitted To The National Pain Relief and palativ care Programa in Chile. A 119. Rev. Quality of life research 119
- 45. Bonica J.** The Management of Pain. 2nd ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1990.
- 46. Larrea A. et al.** Rev Chil Anest 2015; 44: 78-95  
[revanestesia.editorialiku.com/PII/revchilanestv44n01.08.pdf](http://revanestesia.editorialiku.com/PII/revchilanestv44n01.08.pdf).
- 47. Mers Key H Bogdu K Neds** classification of. chronic pain: descptions of chronicpain syndromes and disinfections of pain Terms, 2nd ed. Seattle, WA- Internacional Asociatons for The Study of Pain (JASP) Press 1994
- 48.** Norte de salud mental, 2012, vol. X, nº 43: 30-36.
- 49. Wirght, C. Gouder, L.** Hiperalgnesia in Oupatiente With Demal Injur: Cualitative Sensorng Testing versos a Novel Simple Technique. Pain Med 2005; 5:162-167.  
[www.fundaciongrunenthal.com/...fundacion/...Fundacion.../Fundacion\\_Grunenthal](http://www.fundaciongrunenthal.com/...fundacion/...Fundacion.../Fundacion_Grunenthal)
- 50. Ana Isabel Abeleira Perez-Julio 2014** Manejo del dolor Agudo en Pediatria.
- 51. Cunha Batalha L.M.** Intervencoes na Farmacologicas mo controlo da dorem cuidados intensivos neonatales S. Rev de Enferm. 2010; 2:73-80.
- 52. Pérez Fernandez.MC. Najar Infante FR. Dulce García MA Gallardo Jimenez Nuria Fernández Fernández. Adela.** Comunicación una necesidad para el paciente Familia. Una competencia de Enfermería Revista Pag.enfer.urg.com Vol. 03 Setiembre 2009.
- 53. OMS** Fortalecimiento de la enfermería y la práctica. 59° Asamblea Mundial de la calidad, A 56/19 Punto 14.11 del orden del día provisional, 2 de Abril/2003 [w.ached.cl/upfiles/revistas/.../452ecccfb2eee\\_dolor\\_trauma.pdf](http://w.ached.cl/upfiles/revistas/.../452ecccfb2eee_dolor_trauma.pdf)
- 54. Collao C.** Actitud del personal de enfermería hacia el niño con dolor: Antofagasta Chile. Noviembre 2001 Enero-2002 Revista.

# ANEXOS

Nº encuesta: 

Fecha: / /

## **Anexo 01: Cuestionario de conocimiento acerca de manejo de dolor en niños hospitalizados**

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Relación del nivel de conocimiento del personal de enfermería en la aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014

**INSTRUCCIONES.** A continuación, se le presenta una serie de preguntas relacionadas con el conocimiento acerca del dolor y en la atención del niño hospitalizado, lea detenidamente y con atención tómese el tiempo que sea necesario luego marque la respuesta correcta.

**Muchas gracias.**

### **I. DATOS GENERALES:**

1.1. Edad: \_\_\_\_\_ en años

1.2. Sexo:

Masculino ( )

Femenino ( )

1.3. Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_ en años

1.4. Situación laboral:

Nombrado ( )

Contratado ( )

1.5. Estudios de especialidad en pediatría:

Ninguno ( )

Cursando ( )

Estudios terminados ( )

Con Título ( )

1.6. Recibió capacitación sobre manejo del dolor del niño quemado:

SI ( )

NO ( )

**II. DATOS DE CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:**

(Marque la respuesta correcta, solo una)

1.- El dolor se define como:

- a) Experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada con una lesión real o potencial de un tejido
- b) Sensación de desagrado que siente la persona.
- c) Experiencia sensitiva desagradable asociada con una lesión real.
- d) Grado de disconfort que siente la persona
- e) Todas
- f) Ninguno

2.- La sensación dolorosa del dolor fisiológico se hace consciente en:

- a) El tálamo y la corteza cerebral
- b) El tálamo
- c) La corteza cerebral
- d) Nervios
- e) Todas
- f) Ninguno

3.- Las respuestas fisiológicas al dolor del niño son todas, excepto uno:

- a) Incremento de cortisol
- b) Aumento de frecuencia cardíaca
- c) Cambios en la frecuencia respiratoria
- d) Incremento de presión intracraneal
- e) Descenso en la saturación de O<sub>2</sub>
- f) Todas

4.- Las respuestas conductuales al dolor del niño son:

- a) Gesticulación facial
- b) Llanto
- c) Agitación
- d) Insomnio.
- e) Bruscos cambios de estado
- f) Todas

5.- Se consideran como procesos que producen dolor, excepto:

- a) Administración de tratamiento I.M o EV
- b) Inmunizaciones



- c) Manipulación
- d) Baño
- e) Retiro de sondas
- f) Todas
- g) Ninguna

6.-La valoración del dolor, según escala de Susan Givens Bell, mide 6 signos conductuales. Indique el que no corresponde:

- a) Coloración de la piel
- b) Dormir
- c) Expresión facial
- d) Actividad motora
- e) Tono muscular
- f) Consuelo
- g) Llanto

7- Los 4 signos fisiológicos de la valoración del dolor, según escala de Susan Givens Bell son, excepto uno:

- a) Elasticidad de la piel
- b) Frecuencia cardíaca
- c) Presión arterial sistólica
- d) Frecuencia respiratoria
- e) Saturación de oxígeno
- f) Ninguna

8.- El dolor en el niño trae como consecuencias las siguientes alteraciones:

- a) Hipoxemia
- b) Acumulación de secreciones y atelectasias
- c) Estimulación simpática
- d) Espasmos musculares
- e) Enlentecimiento de la función gastrointestinal y urinaria
- f) Todas
- g) Ninguno

9.-En intervenciones que producen dolor en el niño puede, éste ser aliviado mediante fármacos como, excepto uno:

- a) Anestésicos generales

- b) Anestésicos locales
- c) Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos
- d) Sedación
- e) Todas

10.- Para el alivio del dolor en el niño se utiliza estrategias no farmacológicas para ser aliviado, en las que se incluyen:

- a) Modificación del medio ambiente
- b) Medidas posturales
- c) Medidas de distracción.
- d) Consuelo
- d) Todas
- e) Ninguna

**ANEXO Nº 2**

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO  
FACULTAD DE ENFERMERIA**

**GUIA DE OBSERVACION**

**GUIA DE OBSERVACION SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR EN  
NIÑOS HOSPITALIZADOS**

**I. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:**

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Relación del nivel de conocimiento del personal de enfermería en la aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014

**II.- INTRODUCCION**

La presente es una guía de observación de las acciones realizadas por los profesionales de enfermería durante sus actividades asistenciales, cuyo objetivo es de servir para la recolección de datos sobre la aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014.

Marque en el recuadro con un aspa (x) las acciones que observa o escriba el dato resaltante observado.

**I. APLICACION DE MEDIDAS PARA ALIVIAR EL DOLOR EN EL SERVICIO:**

	ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
<b>MANEJO NO FARMACOLOGICO</b>			
1	Permitir visita de los padres (que estos lo acaricien, lo acurruquen, etc.)		
2	Darle confianza para que exprese su dolor		
3	Ofrecer masajes		
4	Disminuir la luz excesiva		
5	Disminuir el ruido excesivo		
6	Uso de líquidos de su preferencia		
7	Uso de sus juguetes		
8	Trato humano		
9	Sostenerlo en brazos (cogerlo al hombro)		
10	Leche materna		
11	Uso de colchones de agua		
12	Cantarles		
13	Acurrucarles		
14	Hablarles suavemente		
15	Ofrecerles música suave		
16	Uso de sacarosa o glucosa		
<b>MANEJO FARMACOLOGICO</b>			
17	Uso de anestésico local.		
18	Uso de opioides especifique.....		
19	Uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroides especifique.....		
20	Mantener sedado al niño		

**ANEXO Nº 03**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **TITULO DE ESTUDIO**

Relación del nivel de conocimiento del personal de enfermería en la aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014

### **PROPÓSITO**

Se lleva a cabo el estudio con el propósito de observar el nivel de conocimiento del personal de enfermería en la aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014

### **METODOLOGÍA**

Se aplicará un formulario de encuesta.

### **SEGURIDAD**

El estudio no podrá en riesgo su salud física ni psicológica.

### **PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

Se incluirán a todos los enfermeros que cumplan con criterios de inclusión y exclusión.

### **CONFIDECIALIDAD**

La información recabada se mantendrá confidencialmente, no se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

### **COSTOS**

El estudio no afectará la economía familiar ya que todos los gastos serán asumidos por el profesional que desarrolla el estudio de investigación.

Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

### **DERECHOS DEL PARTICIPANTE**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede decidir si participa o puede abandonar el estudio en cualquier momento. Al retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

**CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO.**

Yo he leído la información de esta página y consiento voluntariamente participar en el estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme en cualquier momento sin que esto implique riesgo a mi persona”

.....

Firma Participante

.....

Firma del investigador

D.N.I.

.....

Fecha: ...../...../.....2015

## ANEXO 4

## FIABILIDAD DE GUIA DE OBSERVACION

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
I1: permitir visita de los padres (que estos lo acarician, lo acurruquen)	30,70	2,011	,000	,826 <sup>a</sup>
I1: Darle confianza para que exprese su dolor	30,70	2,011	,000	,826 <sup>a</sup>
I3: Ofrecer masajes	31,20	1,747	,000	,951 <sup>a</sup>
I4: Disminuir la luz excesiva	31,00	1,684	,086	1,052 <sup>a</sup>
I5: Disminuir el ruido excesivo	31,10	2,305	-,359	,470 <sup>a</sup>
I6: Uso de líquidos de su preferencia	31,45	2,050	-,186	,688 <sup>a</sup>
I7: Uso de sus juguetes	31,25	1,776	-,019	,920 <sup>a</sup>
I8: trato humano	30,70	2,011	,000	,826 <sup>a</sup>
I9: Sostenerlo en brazos (cogerlo al hombro)	31,00	2,526	-,493	,350 <sup>a</sup>
I10: Leche materna	30,70	2,011	,000	,826 <sup>a</sup>
I11: Uso de colchones de agua	31,00	2,211	-,301	,550 <sup>a</sup>
I11: Cantarles	31,15	1,713	,028	,992 <sup>a</sup>
I3: Acurrucarlos	30,70	2,011	,000	,826 <sup>a</sup>
I4: Hablarles suavemente	31,40	2,042	-,188	,683 <sup>a</sup>
I5: Ofrecerles música suave	31,10	1,463	,242	1,348 <sup>a</sup>
I6: Uso de sacarosa o glucosa	31,45	2,261	-,335	,526 <sup>a</sup>
I7: Uso de anestésico local	31,30	2,642	-,541	,275 <sup>a</sup>
I8: Uso de opioides especifique	31,05	1,839	-,052	,864 <sup>a</sup>
I9: Uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroides especifique	31,15	1,924	-,123	,768 <sup>a</sup>
I7: Mantener sedado al niño	31,20	1,537	,166	1,225 <sup>a</sup>



## ANEXO 5

## FIABILIDAD DE CUESTIONARIO

## Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
I7: El dolor se define como	14,25	1,461	,000	,738 <sup>a</sup>
I8: La sensación dolorosa del dolor fisiológico se hace consiente en:	15,00	1,684	-,365	,359 <sup>a</sup>
I9: Las respuestas fisiológicas al dolor del niño son todas, excepto uno:	14,65	,976	,233	1,371 <sup>a</sup>
I10: Las respuestas conductuales al dolor del niño son:	14,55	1,313	-,068	,758 <sup>a</sup>
I11: Se consideran como procesos que producen dolor, excepto	14,90	1,358	-,120	,680 <sup>a</sup>
I12: La valoración del dolor, según escala de Susan Givens Bell, mide 6 signos conductuales. Indique el que no corresponde:	14,35	1,397	-,043	,746 <sup>a</sup>
I13: Los 4 signos fisiológicos de la valoración del dolor, según escala de Susan Givens Bell son, excepto uno:	14,70	1,379	-,149	,635 <sup>a</sup>
I14: El dolor en el niño trae como consecuencias las siguientes alteraciones:	14,80	1,432	-,190	,571 <sup>a</sup>
I15: En intervenciones que producen dolor en el niño puede, este ser aliviado mediante fármacos como, excepto uno:	14,25	1,671	-,410	-,078 <sup>a</sup>
I16: Para el alivio del dolor en el niño se utilizan estrategias no farmacológicas para ser aliviado, en las que incluyen:	14,80	1,432	-,190	-,571 <sup>a</sup>

## **ANEXO 6**

### **APROBACION DEL USO DEL INSTRUMENTO POR PARTE DE LOS JURADO DE EXPERTOS**

Instrumentos: Cuestionario de conocimiento acerca de manejo de dolor en niños hospitalizados y Guía de observación sobre el manejo del dolor en niños hospitalizados

Con el presente acuerdo las(os) receptores (es) del Cuestionario de conocimiento acerca de manejo de dolor en niños hospitalizados y Guía de observación sobre el manejo del dolor en niños hospitalizados

Reciben autorización para su uso en la investigación Relación del nivel de conocimiento del personal de enfermería en la aplicación de medidas para eliminar el dolor en niños del servicio de hospitalización de quemados del Instituto Nacional del Niño San Borja Lima 2014 por parte de los autores del mismo de acuerdo con los parámetros abajo pactados.

1. Los instrumentos "Cuestionario de conocimiento acerca de manejo de dolor en niños hospitalizados y Guía de observación sobre el manejo del dolor en niños hospitalizados fue realizado por las licenciadas de enfermería Leslie Madalengoitia Araujo, Marinel Velásquez Colque y Sandra Acosta Cardenas.
2. Los instrumentos "Cuestionario de conocimiento acerca de manejo de dolor en niños hospitalizados y Guía de observación sobre el manejo del dolor en niños hospitalizados" es cedido con el propósito académico e investigativo.
3. Los resultados del uso de los instrumentos "Cuestionario de conocimiento acerca de manejo de dolor en niños hospitalizados Guía de observación sobre el manejo del dolor en niños hospitalizados"

serán entregados de forma escrita y detallada al finalizar la investigación a los autores de los instrumentos.

4. La firma de este documento compromete ética y legalmente a las partes.


Lima, Julio 2014



Antonio Sandoval Villar  
LICENCIADO EN ENFERMERIA  
C.P. 15637

---

Antonio Sandoval Villar  
Enfermero especialista en Pediatría



Silvia Vera Gomez  
CEP 035791

---

Silvia Vera Gomez  
Enfermera especialista en Pediatría



Lourdes Borjas Palomino

---

Lourdes Borjas Palomino  
Enfermera especialista en Pediatría

CEP: 048567

## NOTA BIBLIOGRAFICA

### 1.- Nombres y Apellidos: Leslie Marian Madalengoitia Araujo

- Lugar de Nacimiento: Lima
- Fecha de nacimiento: 18/03/1980
- Centro Educativo de Nivel Secundario: Colegio Nacional Los Precursores 7086 Surco
- Universidad: Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Año que obtuvo grado de Bachiller: 2005

### 2.- Nombres y Apellidos: Marinel Lizbeth Velásquez Colque

- Lugar de Nacimiento: Juliaca - Puno
- Fecha de nacimiento: 25/08/1985
- Centro Educativo de Nivel Secundario: Colegio Nacional Augusto Salazar Bondi – Nuevo Chimbote
- Universidad: Los Ángeles de Chimbote
- Año que obtuvo grado de Bachiller: 2007

### 3.- Nombres y Apellidos: Sandra Acosta Cárdenas

- Lugar de Nacimiento: Abancay - Apurímac
- Fecha de nacimiento: 12/04/1986
- Centro Educativo de Nivel Secundario: Colegio Nacional Santa Rosa - Abancay
- Universidad: Universidad Tecnológica de los Andes
- Año que obtuvo grado de Bachiller: 2010



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

En el Auditorio del Hospital del Niño - Lima, a los veinte días del mes de mayo de 2017, siendo las quince horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0309-2017-UNHEVAL-D-FENF, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: : **RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS PARA ELIMINAR EL DOLOR EN NIÑOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO SAN BORJA LIMA 2014**, de la Licenciada en Enfermería: **Marinel Lizbeth VELASQUEZ COLQUE**.

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- Dra. Nancy Veramendi Villavicencios      **PRESIDENTA**
- Dra. Enit Villar Carbajal                      **SECRETARIA**
- Dra. Silvia Martel y Chang                    **VOCAL**
- Mg. Luis Laguna Arias                          **ACCESITARIO**

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente:

..... Aprobado ..... por Unanimidad....., con el calificativo cuantitativo de Dieciocho..... y cualitativo de Muy Bueno....., quedando APTO..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

  
.....  
**PRÉSIDENTE (A)**

  
.....  
**SECRETARIO (A)**

  
.....  
**VOCAL**



# ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

En el Auditorio del Hospital del Niño - Lima, a los veinte días del mes de mayo de 2017, siendo las quince horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0309-2017-UNHEVAL-D-FENF, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: : **RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS PARA ELIMINAR EL DOLOR EN NIÑOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO SAN BORJA LIMA 2014**, de la Licenciada en Enfermería: **Leslie Marian MADALENGOITIA ARAUJO**.

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- Dra. Nancy Veramendi Villavicencios      **PRESIDENTA**
- Dra. Enit Villar Carbajal                      **SECRETARIA**
- Dra. Silvia Martel y Chang                    **VOCAL**
- Mg. Luis Laguna Arias                          **ACCESITARIO**

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: Aprobado por Unanimidad, con el calificativo cuantitativo de Dieciocho y cualitativo de Muy Bueno, quedando APTO para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

.....  
**PRESIDENTE (A)**

.....  
**SECRETARIO (A)**

.....  
**VOCAL**

Deficiente (11, 12, 13)  
Bueno (14, 15, 16)  
Muy Bueno (17, 18)  
Excelente (19, 20)



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

En el Auditorio del Hospital del Niño - Lima, a los veinte días del mes de mayo de 2017, siendo las quince horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0309-2017-UNHEVAL-D-FENF, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: : **RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS PARA ELIMINAR EL DOLOR EN NIÑOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO SAN BORJA LIMA 2014**, de la Licenciada en Enfermería: **Sandra ACOSTA CARDENAS**.

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- Dra. Nancy Veramendi Villavicencios      **PRESIDENTA**
- Dra. Enit Villar Carbajal                      **SECRETARIA**
- Dra. Silvia Martel y Chang                    **VOCAL**
- Mg. Luis Laguna Arias                          **ACCESITARIO**

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: Aprobado..... por Unanimidad....., con el calificativo cuantitativo de Dieciocho..... y cualitativo de Muy Bueno....., quedando Apto..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

  
.....  
**PRESIDENTE (A)**

  
.....  
**SECRETARIO (A)**

  
.....  
**VOCAL**

## ANEXO 07

## AUTORIZACION PARA LA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS

## 1. IDENTIFICACION PERSONAL

Apellidos y Nombres:

VELASQUEZ COLQUE, Marinel DNI: 43231400; correo electrónico:  
mariliz\_208@hotmail.com; celular: 9943222412MADALENGOITIA ARAUJO, Leslie; DNI:40529686; correo electrónico:  
lesliecosta03@gmail.com; celular: 987172768ACOSTA CARDENAS, Sandra; DNI:44164022; correo electrónico:  
chanita10250@gmail.com; celular: 983985065

## 2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

FACULTAD DE ENFERMERIA
FACULTAD DE ENFERMERIA E.A.P. ENFERMERIA

Título Profesional a obtener: Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería Pediátrica.

**TITULO DE LA TESIS:** "RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS PARA ELIMINAR EL DOLOR EN NIÑOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO, SAN BORJA – LIMA 2014.

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.



	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.
--	-------------	---

Al elegir la opción "público", es a través de la presente autorizo de manera gratuita al repositorio institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el portal web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consistiendo que dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas paginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

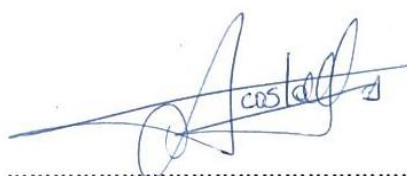
En caso hayan marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que eligió este tipo de acceso: \_\_\_\_\_

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido.

- ( ) 1 año  
 ( ) 2 años  
 ( ) 3 años  
 ( ) 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Huánuco, 26 de OCTUBRE del 2018



.....  
 Lic Enf. ACOSTA CARDENAS, Sandra

C.E.P.57233



.....  
 Lic Enf. MADALENGOITIA ARAUJO,  
 Leslie

C.E.P.047377



.....  
 Lic Enf. VELASQUEZ COLQUE, Marinel

C.E.P.48716