

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**



---

**CONOCIMIENTO DEL DOLOR PEDIÀTRICO Y MANEJO POR EL  
PROFESIONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017**

---

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**TESISTAS:**

**Lic. Enf. Lincol, PINEDO SANDOVAL**

**Lic. Enf. Henry Fredy, JAIMES ROJAS**

**ASESOR:**

**Mg. Florián Gualberto, FABIÁN FLORES**

**HUÀNUCO – PERÙ**

**2020**



**CONOCIMIENTO DEL DOLOR PEDIÀTRICO Y MANEJO POR EL  
PROFESIONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL DE TINGO MARÍÍA 2017**

## **DEDICATORIA.**

A Dios por ser nuestra guía y luz hacia el camino de nuestra superación, por darnos la oportunidad de seguir creciendo en conocimiento y por darnos, sabiduría, fortaleza, coraje y resiliencia necesario para no desfallecer

A nuestros queridos padres por su apoyo incondicional, consejos enseñarnos con valores y comprensión.

A nuestras esposas por su amor, su comprensión y paciencia y haber sido fuente de inspiración para nuestros esposos para lograr nuestros objetivos

**Lincol y Henry Fredy**

## 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 nuestros maestros de la Facultad de Enfermería de la Especialidad por sus sabias enseñanzas que constituyen fuente del conocimiento y guía del saber.
- ) A nuestro Asesor Mg. Fabián Florián Flores por el apoyo incondicional en el asesoramiento del presente trabajo.
- ) A la dirección del Hospital y a las colegas enfermeras del hospital quienes nos brindaron su apoyo incondicional para la realización del este presente estudio sin ello no hubiera sido posible ejecutarlo.

**Los autores**

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento del dolor pediátrico y el manejo por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María 2017. La investigación es de enfoque cuantitativo, de nivel relacional, analítico, prospectivo y transversal con una muestra de 30 profesionales de salud quienes respondieron el cuestionario y se les aplicó una guía de observación. Las hipótesis se comprobaron mediante la prueba de  $r$  de Pearson. Los resultados indican una relación significativa entre el nivel de conocimiento del dolor pediátrico y manejo del profesional de salud con  $r$  de Pearson = 747 y  $p$  valor = 0,000. Se concluye, que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento del dolor pediátrico y el manejo del personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo Maria 2017. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y aceptándose la hipótesis de investigación ( $H_a$ ).

**Palabras Clave:** Conocimiento del dolor pediátrico, manejo del dolor.

## ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between the level of knowledge of pediatric pain and the management by the health professional of the Emergency Service of the Contingency Hospital of Tingo María 2017. The research is quantitative approach, relational, analytical, prospective and cross-sectional with a sample of 30 health professionals who answered the questionnaire and an observation guide was applied to them. The hypotheses were tested using Pearson's r test. The results indicate a significant relationship between the level of knowledge of pediatric pain and the management of the health professional with Pearson's  $r = 747$  and  $p \text{ value} = 0.000$ . It is concluded that there is a significant relationship between the level of knowledge of pediatric pain and the management of the health personnel of the Emergency Service of the Contingency Hospital of Tingo Maria 2017. Therefore, the null hypothesis ( $H_0$ ) is rejected and the hypothesis accepted research ( $H_a$ ).

**Key Words:** Knowledge of pediatric pain, pain management.

**INDICE**

	<b>Pág</b>
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRAC	vii
INTRODUCCIÒN	11
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO</b>	<b>24</b>
Antecedentes del problema	24
Base Teóricas	31
Bases Conceptuales	53
<b>CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>64</b>
2.1. Ámbito	64
2.2. Población muestral	64
2.3. Tipo de estudio	65
2.4 Diseño de investigación	66
2.5 Técnicas e instrumentos	66
2.6 Procedimiento	69
2.7 Plan de tabulación y Análisis de datos	70
<b>CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSION</b>	<b>72</b>
3.1. Resultados	72
3.2. Discusión	90
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	104



## INDICE DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
<b>Tabla 01</b>	Edad del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017	<b>72</b>
<b>Tabla 02</b>	Sexo del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017	<b>74</b>
<b>Tabla 03</b>	Situación Laboral del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017	<b>75</b>
<b>Tabla 04</b>	Años de Experiencia del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.	<b>76</b>
<b>Tabla 05</b>	Estudios de Especialización realizados por el profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.	<b>77</b>
<b>Tabla 06</b>	Capacitación sobre dolor pediátrico recibido por el personal profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.	<b>78</b>
<b>Tabla 07</b>	Nivel de conocimiento sobre dolor pediátrico del personal profesional de salud del Hospital de Tingo María, 2017.	<b>79</b>
<b>Tabla 08</b>	Manejo del dolor pediátrico por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.	<b>80</b>
<b>Tabla 09</b>	Manejo no farmacológico del dolor por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.	<b>81</b>

<b>Tabla 10</b>	Manejo farmacológico del dolor por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.	<b>84</b>
<b>Tabla 11</b>	Nivel de conocimiento y manejo del dolor pediátrico por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.	<b>86</b>
<b>Tabla 12</b>	Correlación entre el Nivel de conocimiento y el manejo del dolor pediátrico por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.	<b>87</b>
<b>Tabla 13</b>	Correlación entre el Nivel de conocimiento y el manejo del dolor No Farmacológico por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.	<b>88</b>
<b>Tabla 14</b>	Correlación entre el Nivel de conocimiento y el manejo del dolor Farmacológico por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.	<b>89</b>

## INTRODUCCIÓN

Los investigadores realizaron la presente investigación para conocer el nivel de conocimiento del dolor pediátrico y manejo del profesional de enfermería que brindan atención diariamente a niños con diferentes alteraciones de salud y por ende con algún nivel de dolor, que acuden al servicio de Emergencia del Hospital de Tingo María.

Tradicionalmente, en el niño el dolor se trataba de forma insuficiente, se pensaba que tenían incapacidad para percibir el dolor y experimentarlo y recordarlo, a menudo si son sometidos a intervenciones invasivas y tratamientos doloroso más que el sufría.

El dolor es una sensación desagradable e incapacitante especialmente en niños. Actualmente se ha demostrado que el niño es capaz de sentir dolor y produce sensibilización frente a estímulos dolorosos posteriores; el reconocimiento y tratamiento del dolor por el personal de salud que labora en esta área debe considerar muy importante conocer la fisiología del dolor y cómo manejar en casos de niños que lo sufren, para no dejar traumas y rechazo a las unidades hospitalarias.

Con diferentes enfermedades infantiles que son comunes y/o accidentes los niños y adolescentes experimentan una gran variedad de condiciones dolorosas agudas o crónicas las que en ocasiones pueden ser diferentes de los adultos. Además, el dolor puede ser provocado por un gran número de

procedimientos médicos, diagnósticos y terapéutica los que son habituales en la práctica diaria como las vacunas, análisis o extracciones dentales y otros.

En los pacientes pediátricos hay una serie de barreras que pueden llevar al infratratamiento del dolor en niños los que ocasionan dificultad de evaluar el dolor, la creencia de que el tratar o disminuir el dolor puede enmascarar síntomas de una enfermedad grave, la falta de manejo de algunos analgésicos el miedo a sus efectos adversos, y la falta de tiempo para realizar el proceso del cuidado, todo esto ocurre cuando no existe una buena capacitación de manejo del dolor.

El dolor, es una sensación compleja, es más, es la transmisión fisiológica de estímulos nociceptivos, desde el lugar de lesión hasta el SNC que se integra y centros cerebrales cognitivos. Por lo que, se le da valor subjetivo según la edad, la genética, nivel cultural, experiencias previas, influencias educativo y estado psicológico.

La valoración del dolor es un proceso complejo y para precisarlo existen varios factores que se debe tener en cuenta; como edad del paciente, su desarrollo neurológico, diferencias individuales en la percepción del dolor y a la hora de expresarlo, el contexto de la situación dolorosa y las experiencias previas del niño. Es un reto valorar objetivamente el dolor en la población pediátrica dadas las barreras de comunicación y las similitudes entre la forma de expresar el dolor y la ansiedad en los niños. Se debe presentar especial atención en los niños más pequeños y en los que tienen problemas cognitivos.

En relación al tratamiento del dolor, son básicos dos aspectos: la **anticipación** a experiencias dolorosas y la **aproximación multimodal** al tratamiento del dolor, asociando medidas psicológicas, físicas y farmacológicas.

Aunque es imposible prevenir todas las fuentes de dolor, actualmente se dispone de muchas modalidades terapéuticas para la prevención y tratamiento del dolor.

Métodos no farmacológicos. Está clara la relación entre la ansiedad y la percepción del dolor. Un manejo efectivo de la ansiedad debe incluir técnicas no farmacológicas que deben estar presentes en todo procedimiento diagnóstico-terapéutico que realicemos. Esto ha demostrado disminuir la ansiedad y mejorar la tolerancia de los niños a los procedimientos.

La creación de un ambiente apropiado es esencial para minimizar el dolor y ansiedad en la consulta de Pediatría. De forma ideal, se debería valorar a cada niño en una habitación individual, fomentar un ambiente tranquilo, reducir interrupciones, evitar al niño ver procedimientos en otros niños, preparar material a utilizar fuera de su vista... Permitir la presencia de los padres durante todo el proceso médico también resulta beneficioso, así como dar al niño información sobre el proceso, en función de su capacidad de comprensión.

Además, existen múltiples técnicas cognitivo-conductuales en función de la edad del paciente. Así, por ejemplo, en los neonatos y lactantes, la succión no nutritiva, la lactancia materna, la contención física... disminuyen el dolor

asociado a ciertos procedimientos. En niños más mayores son útiles, el masaje o la vibración, la distracción (juegos, música...), la relajación (control de la respiración...), la imaginación guiada, los refuerzos positivos...

En Valladolid, (2016) Llorente Pérez Laura María (1), en su investigación. Manejo del dolor infantil por el profesional de enfermería. Tuvo como objetivo evaluar el conocimiento del profesional de enfermería en la valoración y manejo del dolor infantil, los artículos y estudios señalan que, a pesar de los adelantos en el conocimiento de la fisiología del dolor y los medicamentos disponibles, esto no se ha trasladado de manera efectiva a la práctica clínica y su tratamiento continúa siendo, en muchas ocasiones inadecuado en este tipo de pacientes. Esto influye negativamente en el afrontamiento del dolor en la edad adulta. Se evidencia el déficit de conocimientos del personal de enfermería en la valoración del dolor, así como la falta de una herramienta uniforme validada para tal fin que no solo mida la intensidad, si no también si las medidas tomadas son adecuadas para su reducción o eliminación.

Otro, en Sullana Piura, (2014), Mego Díaz, Betty Magaly (2), en su investigación nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, tuvo como objetivo, determinar los conocimientos del profesional de enfermería frente al dolor en neonatos en el Hospital II-2 de Sullana, Piura. 2014. La población estuvo conformada por 17 enfermeras, que laboran en el Hospital de Sullana. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (17), 71%

(12) conocen y 43% (5) conocen sobre el dolor neonatal a nivel de profesionales de enfermería del Hospital de Sullana. Conclusiones. El mayor porcentaje de los profesionales de enfermería, conocen que los neurotransmisores inhiben la percepción del dolor presente en los neonatos, el dolor asociado a alteraciones fisiológicas, y la medida para disminuir el dolor durante la venopunción; y la mayoría no conoce el uso del paracetamol en el manejo del dolor, asimismo el mayor porcentaje de enfermeras no conoce los efectos desfavorables de opioides para el manejo del dolor y la medida no farmacológica invasiva para tratar el dolor.

Las acciones de enfermería relacionadas con el cuidado del niño dentro del servicio de emergencia pediatría requiere de mucha dedicación y responsabilidad es el área que requiere personal capacitado y comprometido con la profesión, el personal de enfermería debe hacer la valoración de acuerdo a su estado de salud y al valorar la atención del personal de enfermería se podrá identificar cuanto conoce y si aplica estos conocimientos, pero también es necesario conocer cuál es la expectativa, e imagen interiorizada del servicio de pediatría de la unidad de quemados. De tal forma la calidad de los servicios de salud pasa a constituir una exigencia que se extiende progresivamente a perspectiva de los usuarios.

La práctica de enfermería precisa estar basada en conocimientos cada vez más amplios, tanto de actitudes y aptitudes profesionales en los cuidados de enfermería de calidad encaminados hacia la satisfacción de los usuarios

especialmente en los servicios de emergencia donde la recepción de un niño con dolor de diferentes grados es crítico y estresante para el personal de salud y con mucha más razón los familiares donde se puede observar además de enfrentar los problemas de salud, ver el conflicto social de los familiares y quien lleva la peor parte son las madres que son responsables de la situación del hogar.

Por los estudios revisados podemos decir que en los diferentes hospitales los profesionales de enfermería en su mayoría conocen la fisiología, manejo y tratamiento y la minoría restante desconocen, es más que hoy en día conocemos más sobre el dolor pediátrico.

Y en nuestro medio no contamos con trabajos analíticos desarrollados en el servicio de emergencia.

Por todo lo manifestado los investigadores nos propusimos realizar dicha investigación titulada Conocimiento del Dolor Pediátrico y Manejo por el Profesional de salud del servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María.



**Problema general:**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del dolor pediátrico y el manejo por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Tingo María 2017?

**Problemas específicos:**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de dolor pediátrico y el manejo con medidas no farmacológicas por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Tingo María 2017?

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de dolor pediátrico y el manejo con medidas farmacológicas por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Tingo María 2017?

**Justificación:**

- ) Uno de los principales retos para las enfermeras intensivistas es aliviar el dolor de los pacientes pediátricos que tiene a su cargo. Porque, el dolor en el paciente debe ser tratado no solo porque permitirlo es inhumano y antiético, sino también porque puede tener consecuencias desfavorables a corto y largo plazo, que se evitan con una adecuada medida no farmacológica como farmacológica
- ) Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en el cuidado y tratamiento del paciente con dolor por tener contacto directo y continuo con el paciente, estableciendo relaciones de mayor cercanía, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz, el proceso de enfermería es un mecanismo para prestar cuidados individualizados y coherentes que garanticen la continuidad de los mismos.

**Propósito:**

Esta investigación tiene como propósito dar a conocer cuáles son los conocimientos y manejos del dolor pediátrico con aplicación de medidas farmacológicas y no farmacológicas por parte del profesional de salud.

**Objetivo General:**

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento del dolor pediátrico y el manejo por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María 2017.

**Objetivos específicos:**

- ✓ Identificar las características sociodemográficas del profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María 2017.
- ✓ Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento de dolor pediátrico y el manejo con medidas no farmacológicas por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María 2017.
- ✓ Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento de dolor pediátrico y el manejo con medidas farmacológicas por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María 2017.

**Hipótesis general:**

**Ha:** El nivel de conocimiento de dolor pediátrico se relaciona significativamente con el manejo por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María 2017.

**Ho:** El nivel de conocimiento de dolor pediátrico no se relaciona significativamente con el manejo por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María 2017.

**Hipótesis específicas:**

**Hi1:** Existe relación entre el nivel de conocimiento de dolor pediátrico y el manejo con medidas no farmacológicas por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María 2017.

**Ho:** No existe relación entre el nivel de conocimiento de dolor pediátrico y el manejo con medidas no farmacológicas por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María 2017.

**Hi2:** Existe relación entre el nivel de conocimiento de dolor pediátrico y el manejo con medidas farmacológicas por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María 2017.

**Ho:** No existe relación entre el nivel de conocimiento de dolor pediátrico y el manejo con medidas farmacológicas por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Contingencia de Tingo María 2017.

**Variables:**

Variable dependiente: Manejo del dolor pediátrico.

Variable independiente: Conocimiento del dolor.

Variables de caracterización:

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Años de experiencia profesional
- ✓ Situación laboral
- ✓ Estudios de especialidad en pediatría.
- ✓ Capacitación sobre manejo dolor en pacientes pediátricos.

**Operacionalización de las variables:**

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CALIFICACION	ESCALA
<b>Variable dependiente:</b>				
Manejo del dolor en pacientes pediátrico.	Medidas no farmacológicas	Ambiente Posicionamiento Succión no nutritiva	Si cumple No cumple	
(Capacidad para implementar estrategias para aliviar y	Medidas farmacológicas	Uso de analgésicos, antiinflamatorios	Si cumple No cumple	Nominal

valorar la efectividad de dichas estrategias sin importar el ambiente).		Uso de anestésico local Uso de opioides		
<b>Variable independiente:</b>				
Conocimiento sobre manejo el dolor pediátrico. (Contar con los conocimientos y habilidades necesarios para valorar el dolor y sus efectos).	No Farmacológicas . Farmacológicas .	Nivel de conocimiento sobre el dolor en niños.	Bueno Regular Malo	Ordinal
<b>Variables de caracterización:</b>				
Edad	Única	Años de vida	En años	De razón
Sexo	Única	Sexo	Masculino Femenino	Nominal
Situación laboral	Única	Situación laboral	Nombrado Contratado	Nominal

Años de experiencia profesional	Única	Años de experiencia profesional	En años	De razón
Estudios de especialidad En Pediatría	Única	Estudios de especialidad en niño.	No realizo Estudios de especialidad Graduada	Nominal
Capacitación sobre dolor pediátrico.	Única	Capacitación sobre dolor en e niño.	SI NO	Nominal

## CAPITULO I

### MARCO TEÓRICO

#### 1.1. Antecedentes internacionales.

En México (2012), Córdova Jaquez Anabel Guadalupe, et al, (3), en su estudio, descriptivo - transversal, exploratorio, cuantitativo. con el objetivo de describir como es el manejo del dolor que ofrece el personal de enfermería al paciente pediátrico postquirúrgico de apendicetomía. El estudio fue, se utilizó un Instrumento semi-estructurado que se aplicó al personal de enfermeras que laboran en el área de pediatría en un hospital de segundo nivel en la ciudad de Durango, dicho instrumento consta de siete reactivos. El 55% de la muestra solo utiliza la administración de analgésicos como acción dependiente para manejar el dolor, mientras que el (45%) además realiza otras intervenciones independientes como parte del cuidado de enfermería. Del 45% de las enfermeras que realizan otras intervenciones se obtuvieron los siguientes resultados: apoyo emocional (56%), cambio de posición (22%), manejo ambiental (11%) y escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (11%). En los resultados obtenidos no se reflejó de manera clara que entre mayor nivel académico más intervenciones propias de enfermería se realizarían para proporcionar alivio al dolor, para que este manejo sea más efectivo, algunos autores coinciden con nuestros resultados ya que a pesar de que se siguen algunas pautas para el manejo del dolor posquirúrgico, es mesetario también cambiar conductas Conclusiones: Expuesto lo anterior se



adjudica la necesidad de elaborar un modelo innovador en el cual las enfermeras en el servicio de pediatría apliquen intervenciones independientes propias de enfermería, con el objetivo de mejorar la calidad en la atención en el manejo del dolor en pacientes postquirúrgicos de apendicetomía.

La Coruña (2014), Abeleira Pérez Ana Isabel (18), en su estudio, Intervenciones No Farmacológicas para el Manejo del Dolor Agudo en Pediatría, dice: El alivio y el control del dolor en el niño son el principal reto del personal de enfermería en las unidades de cuidados infantiles. Varias intervenciones no farmacológicas pueden ser usadas para aliviar el dolor, el miedo y la ansiedad. Una de las intervenciones con mayor peso y tradicionalmente ignorada, es la presencia de los padres durante la realización de técnicas y/o procedimientos. Con el Objetivo de Definir que intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor agudo son efectivas para cada periodo de la infancia, abarcando toda la edad pediátrica. Método Se realizaron búsquedas bibliográficas en diferentes bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud; y se utilizaron también otras fuentes primarias. Desarrollo y discusión La intervención más estudiada en neonatos es la administración de sacarosa por vía oral; para otros períodos de la infancia, lo son las técnicas de distracción. Se excluyeron, de esta revisión, la hipnosis, la acupuntura, y la estimulación nerviosa con electricidad transcutánea (T.E.N.S.) por no formar parte rutinaria de los cuidados de enfermería en nuestro país. Conclusiones El manejo del dolor en el neonato es

el más investigado. Sería bueno ampliar investigaciones en las otras etapas infantiles, ya que existe poca evidencia de algunas intervenciones no farmacológicas para recomendar su uso.

En Madrid (2012), Aguilar Cordero M. J. et al (20) en su Artículo. Actitud de Enfermería ante el dolor Infantil y su relación con la formación continua, tuvo como objetivo determinar la actitud del personal de enfermería, ante el dolor en la infancia. El universo estuvo constituido por 121 enfermeros(as) que laboran en los servicios pediátricos del nivel secundario de salud en la provincia de Cienfuegos (Cuba): Se realizó un estudio observacional y descriptivo en los servicios de atención pediátrica; se les presentó un cuestionario para identificar la actitud que tienen hacia el niño con dolor y se relacionó dicha actitud con las variables de experiencia laboral y formación continuada. El análisis se efectuó valorando las diferencias entre las frecuencias de las respuestas de los distintos grupos de participantes, para lo que se utilizó la prueba de Chi cuadrado. La comparación de medias se efectuó con la prueba t de Anova para grupos independientes. Se consideró significación estadística una  $p < 0,05$ . Dentro de los principales resultados, se destaca que el 71.1% de los participantes tiene una actitud desfavorable hacia el dolor, lo que se relaciona significativamente con la capacitación. Conclusiones: En la medida en que se incrementan las acciones capacitantes, la actitud ante el dolor se hace más favorable.

Los profesionales de la salud involucrados en la atención sanitaria de la infancia tienen la responsabilidad de tratar de asegurar los cambios en la práctica clínica

basándose en los ensayos clínicos publicados. 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 que importante recordar que todos los niños, desde la etapa de recién nacido hasta la adolescencia, sienten el dolor y la ansiedad, por lo que deben ser tratados de forma adecuada.

La lactancia materna es una forma de terapia no farmacológica en los bebés. Esta forma de alimentación proporciona numerosas ventajas para la madre y el niño. La lactancia materna se ha establecido como un método eficaz en la prevención del cáncer de mama y obesidad. El contenido de la leche humana está adaptado perfectamente a las necesidades del bebé, incluso con diferentes compuestos en el día y en la noche (21,22).

Las técnicas usadas para desarrollar los procedimientos pueden influir de manera significativa en las reacciones al dolor. En diferentes estudios realizado por Heaton, se ha demostrado que la venopunción causa menos dolor que la lanceta del talón, por lo que es el método más deseable en la obtención de las muestras de sangre de los neonatos, cuando lo efectúan profesionales de la salud debidamente capacitados. Los catéteres venosos centrales insertados por vía percutánea son los preferidos, porque requieren menos intentos para la inserción de cada dispositivo, en comparación con intravenosos periféricos (23).

## **1.2 Antecedentes nacionales.**

Lima (2014) María Guadalupe Moreno Monsiváis; María del Refugio Muñoz Rodríguez; Guadalupe Interrial Guzmán, en su estudio de investigación “Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados”, cuyo objetivo fue determinar la satisfacción con el manejo del dolor en pacientes hospitalizados y su relación con la intensidad del mismo, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor postoperatorio. El estudio fue descriptivo correlacional, con muestreo aleatorio sistemático en una muestra de 193 pacientes. Se utilizó el Cuestionario de Intensidad del Dolor y una cédula de datos. Los resultados que encontraron fueron los siguientes: el 48,2% de los participantes manifestaron dolor severo como máximo durante las primeras 24 horas. En relación con el alivio del dolor, el 77,7% tuvo un manejo adecuado y el 85,5% recibió orientación preoperatoria. La satisfacción se ubicó en 9,54 (DE = 1,08). Se encontró diferencia significativa en la satisfacción del paciente según si recibió o no orientación ( $t = 71,23$ ;  $p = 0,001$ ), con mayor satisfacción en los que recibieron orientación ( $M = 9,65$ ) (DE = 0,84). La satisfacción del paciente con el manejo del dolor está determinada por el máximo dolor postoperatorio y por la orientación preoperatoria recibida para el manejo del mismo ( $R^2 = 0,17$ ;  $p = 0,000$ ).

Lima (2012) Anabel Guadalupe Córdova Jaquez y col., en el año 2012 realizaron el estudio “Manejo del dolor por el personal de enfermería en paciente pediátrico post-quirúrgico de apendicectomía”, con la finalidad de describir cómo es el manejo del dolor que ofrece el personal de enfermería al

paciente pediátrico postquirúrgico de apendicetomía. Fue un estudio descriptivo-transversal, exploratorio, con metodología cuantitativa, se utilizó un instrumento semiestructurado que se aplicó al personal de enfermeras que laboran en el área de pediatría en un hospital de segundo nivel en la ciudad de Durango, dicho instrumento consta de siete reactivos. En los resultados se encontró que el 55% de la muestra solo utiliza la administración de analgésicos como acción dependiente para manejar el dolor, mientras que el 45% además realiza otras intervenciones independientes como parte del cuidado de enfermería. Del 45% de las enfermeras que realizan otras intervenciones se obtuvieron los siguientes resultados: apoyo emocional (56%), cambio de posición (22%), manejo ambiental (11%) y escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (11%).

### **1.3 Antecedentes regionales.**

En Huancayo (2016) Achachau Vásquez Dastin Bladimir y Quispe Fernández Geydi (34) en su estudio, descriptivo, tipo de investigación básico. Sobre las plantas medicinales son recursos de la naturaleza son empleadas en forma adecuada para tratar ciertas afecciones o enfermedades del ser humano. Cuyo objetivo es determinar que algunas plantas son medicinales y se utilizan como alternativa de tratamiento farmacológico para afecciones del sistema digestivo en los pobladores del Barrio de Pucará – Huancayo; obtuvo como resultado relevante que las plantas medicinales utilizadas como alternativa de tratamiento para afecciones del sistema digestivo por los Pobladores del Barrio de Pucará

– Huancayo, las plantas utilizadas fueron: manzanilla, anís, orégano, menta, paico, hinojo, sangre de grado, hierva luisa, papaya, verbena, y cardo santo; la preparación de las plantas en infusión, hervido, machacado y al vapor; para las enfermedades o dolencias fueron del sistema digestivo como: vómitos, estomatitis, gastritis, esofagitis, apendicitis, colon irritable, úlceras, diarrea, dispepsia, estreñimiento, indigestión, gases y dolor abdominal; de la población encuestada tenemos: el 23% de los pobladores conocen el uso adecuado de las plantas medicinales utilizadas para este fin y el 96.50% consideran que el uso de las plantas medicinales sería una alternativa de tratamiento para reducir costos y problemas relacionados con el medicamento.

## **1.4 Bases teóricas.**

### **Teoría del modelo de interacción**

Planteada por Imogene King en el año 1989, establece que la Enfermería es una profesión de tipo asistencial que ayuda a los individuos y a la sociedad a conseguir, conservar y recuperar la salud. La enfermera debe percibir, pensar, relacionar y actuar según el comportamiento de los individuos que requieren cuidados de Enfermería. 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 actividad de la vida diaria si así lo requiere. La función de Enfermería está en el proceso de interacción empática que solo conseguirá a través de los valores fundamentales del respeto y solidaridad.

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

La profesión de enfermería se concreta en acciones de cuidado, que reflejan las diversas posibilidades de su abordaje en una situación determinada. En palabras de L. M. Pastor en 1997, el enfermero no es un profesional que 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 las 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. 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.

### **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.

### **Actitud ante el dolor en la edad pediátrica**

El tratamiento del dolor en el niño, durante muchos años, fue percibido como herramienta de segundo plano en las terapias pediátricas, que buscaban preferentemente la terapéutica basada en la etiología, ya que había una serie de ideas preconcebidas, como que los niños percibían el dolor con menor intensidad por la supuesta inmadurez biológica de su sistema nervioso central, que además el niño apenas es capaz de recordar las experiencias dolorosas, así como que tiene un umbral más alto para el dolor, lo que le hace tolerarlo mejor que el adulto.

Otra teoría imperante, de la que tampoco hay evidencia científica, es la que afirma que los niños son más sensibles a los efectos adversos de los fármacos, o que metabolizan de forma diferente los opiáceos y están más predispuestos a la adicción a los mismos (35,36).

Esas teorías erróneas llevaron, en la práctica, a no tomarse la valoración y el tratamiento del síntoma dolor en el niño con la misma actitud que se hace en el adulto y, de hecho, antes de la década de los 80 era difícil encontrarse en los textos capítulos específicos sobre el dolor en el niño.

Hoy día estas teorías han sido desechadas y se acepta que ninguna de ellas es cierta. Se admite que el dolor constituye un problema común entre los niños y adolescentes, tal y como han mostrado estudios epidemiológicos recientes (37,38).

La constatación de estos hechos y la comprobación del impacto que tiene la experiencia dolorosa en la vida del niño, ha supuesto sin duda que aumente el interés por el dolor pediátrico.

De hecho, ha sido en los últimos quince años cuando se ha producido un aumento espectacular en el estudio del dolor en la población pediátrica, cosa que con el dolor en el adulto ocurría con mucha anterioridad; cabe recordar que, por lo que se refiere al dolor en general y sobre todo en el adulto, ya hubo intentos de medirlo en el siglo XIX; posteriormente Ardí y cols. dieron un gran impulso a los estudios sobre el dolor en los inicios del siglo XX y Beecheer en 1959 siguió con la identificación del dolor clínico utilizando respuestas subjetivas del paciente (39).

## **Factores psicológicos y el dolor en el niño**

La Percepción del dolor por el niño. Se define el dolor como toda aquella experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, (40,41).

Al hablar del dolor en el niño, no solo debemos tener en cuenta razones anatómicas y físicas; se sabe que la percepción del dolor además de ser un fenómeno biológico se ve influenciada también por aspectos psicológicos y del entorno infantil, que repercuten y modulan la sensación nociceptivo, por lo que una misma situación patológica puede provocar reacciones dolorosas diferentes.

En la práctica pediátrica debemos tener en cuenta todas esas circunstancias que van a significar una diferente percepción del dolor por parte del niño y, consecuentemente, una diferente percepción por parte del pediatra, del dolor que pueda padecer el niño. Puede ocurrir que el niño preste una atención máxima al dolor, lo que tiene como consecuencia un aumento de su ansiedad y también del miedo a la sensación dolorosa, con lo que la experiencia sensorial puede magnificarse y sentirla como un empeoramiento del cuadro.

Igualmente, si el dolor es continuo o recurrente, el niño deja de hacer sus actividades habituales e incluso se aísla de su entorno ambiental, de modo que ese dolor y la atención que hacia él tiene, llega a formar un círculo vicioso de difícil solución, siendo esta una de las causas de la aparición del dolor crónico.

Es decir, que la memoria de estados dolorosos que el niño ha tenido con anterioridad es un antecedente a tener en cuenta, por lo que el manejo adecuado de las circunstancias que le ocasionen dolor, puede influir en su experiencia, haciendo más fácil o más difícil el manejo de situaciones futuras.

Vemos que son múltiples los aspectos psicológicos que intervienen en la percepción del dolor por parte del niño y cómo lo trasmite para a su vez ser percibido por el pediatra, pero aunque sea de una manera global y a la vez sencilla, cabe identificar al menos tres elementos en la percepción del dolor en la edad pediátrica: - La rapidez y el desarrollo del dolor en sí mismo. - La memoria que le haya dejado situaciones dolorosas anteriores. - La habilidad del niño para graduar la atención que presta a su dolor. Cada uno de esos tres elementos o todos ellos, va a tener un papel importantísimo en el comportamiento del niño hacia el dolor y, como veremos más adelante, van a ser igualmente importantes para conseguir una valoración adecuada del dolor que pueda presentar.

¿Existen factores influyendo sobre el dolor?

Ya hemos repetido que el dolor no es únicamente un fenómeno biológico, sino que se añaden diversos factores psicológicos y del entorno, que origina una diferente percepción del dolor (42)

- La edad: aunque los componentes anatómicos y funcionales necesarios para percibir el dolor se encuentran ya en el recién nacido, la interpretación y la expresión de la experiencia dolorosa varía según la edad, pero más

que por la edad misma, los cambios van a depender de la variabilidad en el desarrollo del niño, con sus habilidades para comunicarse, las experiencias recibidas, etc.

- • El sexo: hay datos de que los varones son más tolerantes al dolor, pero no está claro si es por cuestión genética o por prácticas de crianza o sesgos sociales.
- • Nivel cognitivo: no hay duda que el funcionamiento cognitivo es un modulador importante de la percepción del dolor. Con la madurez las percepciones concretas se hacen más abstractas y sofisticadas, y el niño pasa de definir el dolor como “una cosa” o “algo”, a localizarlo en su cuerpo o a definirlo por sus características físicas desagradables. Eso explica que un niño de 4-5 años no se tranquiliza cuando se le dice que una vacuna inyectada va a protegerle para que no padezca la enfermedad, cosa que sí hace el adolescente.
- Experiencias dolorosas anteriores: hay comprobaciones de que una analgesia inadecuada o ausente durante una primera práctica exploratoria dolorosa, es un factor que va a repercutir más cuando se realicen nuevas pruebas diagnósticas, que el número de veces que se hayan realizado las mismas.
- Factores familiares y culturales: la respuesta al dolor en el niño se ve influenciada por la respuesta de la familia, tanto a su propio dolor como al del niño. Hemos de tener en cuenta que los niños aprenden de las personas

que admiran; igual ocurre con las creencias culturales, cuando la tolerancia al dolor se ve como una virtud, el niño puede dudar en quejarse, y ello puede ponerle en situación de indefensión.

- Factores del entorno: la situación que rodea al niño tiene influencia sobre la experiencia dolorosa; el malestar del niño aumenta si se ve rodeado de un entorno de ansiedad o los adultos critican al niño.

¿Cómo es la duración del dolor? ¿Cómo repercute en nuestra actuación? La clasificación del dolor en cuanto a su duración nos puede interesar para tener una actitud sobre el mismo y, sobre todo, en lo que se refiere al tratamiento, así como a un posible diagnóstico etiológico.

- El dolor agudo se produce durante alguna enfermedad o al realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Cuando es por enfermedad puede servirnos como información para el diagnóstico de la misma, por lo que antes de tratarlo o suprimirlo, debe haberse agotado sus posibilidades diagnósticas, dentro de lo razonable.
- El dolor crónico ya no tiene el sentido de información o de alarma, por lo tanto debe ser siempre tratado para suprimirlo o aliviarlo.
- Los dolores recurrentes son aquellos, dentro de los crónicos, que se manifiestan de manera intermitente a lo largo de meses o de años. Obviamente, los dolores recurrentes o los crónicos fueron en su principio dolores agudos, caso de las cefaleas o los dolores abdominales.

### **Utilización de los diferentes métodos**

Generalmente usaremos los diferentes métodos de medida del dolor en función de la edad del niño, y aunque no creemos conveniente fijar unas edades exactas, se puede considerar las siguientes normas de modo orientativo:

- De 1 mes a 3-4 años: métodos conductuales.
- De 3-4 a 7 años: escalas autovalorativas cotejando con conductuales.
- Mayores de 7 años: escalas autovalorativas.
- Si se duda de la valoración, pasar a un grupo de edad menor.
- Los métodos conductuales se pueden usar en niños mayores con conciencia disminuida o déficit neurológico.

La utilización de los diferentes instrumentos según la edad, dependerá del nivel evolutivo del niño, como refleja la Tabla 6, adaptada de Chambers y MacGrath (43).

### **Protocolo para el manejo del dolor en Pediatría**

Aunque el dolor en pediatría es un motivo frecuente de consulta, el dolor en el niño ha sido escasamente valorado y pocas veces tratado. A ello han contribuido numerosos factores, como mitos y creencias erróneas sobre el dolor infantil, miedo a efectos secundarios del tratamiento analgésico y dificultades para la correcta evaluación del dolor en el niño en la etapa preverbal y sobre todo escasos conocimientos científicos por parte de los

médicos, a lo que se une la ausencia de estudios farmacológicos dada la escasez de ensayos clínicos a esta edad.

Dolor en Pediatría". Se evidenció que el conocimiento que se tiene sobre el dolor no es el más completo. Se establecieron los presupuestos teóricos que constituyen un punto de partida para perfeccionar el manejo del dolor por parte de los médicos. Se demuestra la necesidad de un protocolo que pauté la conducta frente al dolor en la institución y se establecen las bases para su puesta en práctica (44)

Si bien el medio hospitalario y fundamentalmente en las áreas quirúrgicas, los niños reciben una analgesia adecuada, consideramos que en el medio de atención primaria durante años se ha utilizado escasamente la analgesia y en la Pediatría en general hay una tendencia al tratamiento etiológico del proceso, en detrimento del tratamiento sintomático, unas veces por olvido y otras por miedo a enmascarar un determinado proceso (45,46). El panorama se torna sombrío, cuando al analizar los currículos médicos y de enfermería de las diferentes facultades del país, no se encuentra un curso, una conferencia o una charla, sobre el manejo del dolor en el niño. En el caso de los neonatos la situación es más crítica, el dolor es subtratado, pues existen criterios erróneos en cuanto a las características de las estructuras anatómicas para recibir, transmitir e interpretar el dolor, se consideran afuncionales.



A fines de la década de los 80 los trabajos de algunos pioneros indujeron cambios en esta actitud, hoy es posible demostrar que el recién nacido, incluso el prematuro, no sólo es capaz de percibir el dolor, sino que producto a su inmadurez puede percibir este dolor de manera más intensa y difusa; está bien demostrado la presencia de receptores cutáneos a las 7 semanas de vida intrauterina, los haces espinales están bien definidos en el segundo trimestre y los receptores de sustancia P, de gran interés en el frecuente dolor relacionado con la inflamación, en la semana 12. Parece lícito entonces deducir que el sistema anatómico es suficiente para transmitir el dolor (47,48).

### **Protocolo de intervención frente al dolor**

Se exponen en este proyecto algunos elementos esenciales para planificar y ejecutar el manejo del dolor en nuestra institución: Antes de que se realizara nuestra propuesta de intervención se tuvo en cuenta una serie de condiciones:

- Que las condiciones del paciente permitan realizar los procedimientos de sedoanalgesia.
- Disponer de una infraestructura adecuada, es decir, sala donde se disponga de material para monitorización cardiorrespiratoria, RCP, aspiración de secreciones y equipo de oxígeno.
- Que el personal que realice estos procedimientos tenga conocimientos de analgesia y sedación, debe conocer los fármacos empleados, su

farmacocinética, posibles efectos secundarios, además de tener entrenamiento en reanimación cardiopulmonar y manejo de vía aérea.

- Todo lo anterior para que los procedimientos de analgesia y sedación sean seguros. Esta propuesta de intervención cuenta de 5 puntos claves:

**Valoración del dolor:** Se tendrá en cuenta el proceso que sufre el niño, parámetros fisiológicos (elevación de la frecuencia cardiaca, de la frecuencia respiratoria, vasoconstricción periférica, frialdad, aumento de la sudoración) , y las escalas de valoración del dolor, las cuales nos permiten realizar una medición objetiva del dolor y realizar una reevaluación continua para comprobar si el tratamiento es efectivo. (49,50).

- Menores de 2-3 años: Escalas conductuales (Expresión de la cara, postura, actividad, llanto, consuelo)
- Niños de 3-7 años: Escalas calorimétricas y Escala de las caras de Oucher.
- Niños mayores de 7 años: Escala de las caras de Oucher, Escalas numéricas, calorimétricas y visual-análoga.
- Todas estas escalas puntúan de 0-10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 dolor máximo posible.

**Situaciones potencialmente dolorosas:**

- Dolor leve: Traumatismos menores de partes blandas, cefaleas, dolor postvacunal, artritis, artralgias, quemaduras solares, etc.

- Dolor moderado: Dolor tipo cólico de origen digestivo o genitourinario, flemón dentario, artralgias, hematológico u oncológico moderado, etc.
- Dolor severo: Politraumatismos, quemaduras extensas, fracturas desplazadas, curas extensas, heridas importantes, dolor hematológico u oncológico severo, etc.
- Procederes diagnósticos-terapéuticos: Venopunción, analítica, extracción de cuerpos extraños, punciones articulares, punción lumbar, suturas de heridas, etc.
- Exploraciones complementarias dolorosas: istografía, sialografía, punción medular, etc.
- Exploraciones complementarias no dolorosas: EEG, TAC, RMN

**Niveles de analgesia a aplicar:**

- Nivel 1: Medidas de confort, para situaciones en que sólo se requiera sedación, es la llamada intervención psicológica y puede ser según la edad del niño: estimulación táctil (caricias), estimulación auditiva (hablar, distraer, engañar), succión no nutritiva (chupete), infusión (leche o sacarosa). (51,52)
- Nivel 2: Cremas anestésicas, cloruro de etilo, colirio anestésico, lidocaína o xilocaína, bupivacaína.
- Nivel 3: Analgésicos no opiáceos: paracetamol, ácido acetil salicílico, ibuprofeno, dipirona, ketorolaco, matamizol, etc.

- Nivel 4: Analgésicos derivados mórnicos, opiáceos menores: codeína, dihidrocodeína, tramadol, etc.
- Nivel 5: Analgésicos derivados mórnicos, opiáceos mayores: morfina, petidina, fentanilo, etc.
- Nivel 6: Coadyuvantes del dolor: el más utilizado es el midazolán, también está el hidrato de coral, antidepresivo, antihistamínico, corticoide, neuroléptico.

### **Consecuencias del dolor infantil**

El dolor provoca en los niños respuestas metabólicas, de conducta y fisiológicas que incluyen aumento en la frecuencia cardíaca, respiratoria, presión sanguínea y un aumento de la secreción de catecolaminas, glucagón y corticosteroides (53). La actividad física y social del menor puede verse afectada como consecuencia del dolor. Por ello, es importante un adecuado manejo y evaluación del dolor, evitando así generar consecuencias en el niño que provoquen una disminución de la calidad de vida, así como disfunción física, ansiedad, miedo, estrés y alteraciones del sueño (54). El dolor también puede generar efectos a nivel emocional provocando miedo, ansiedad o estrés. Los signos más frecuentes de este tipo de afectación en los niños son irritabilidad, rabietas, inquietud, trastornos del sueño, rendimiento escolar reducido, trastornos de la alimentación, tendencia al aislamiento, evitación de los amigos o sentimientos de desesperanza. Los trastornos del sueño anteriormente mencionados, hacen referencia a la

dificultad de conciliación del sueño, despertares frecuentes por la noche o a la mala calidad del mismo. Todo ello puede estar causado por el dolor, pero a su vez potenciar la experiencia dolorosa (55).

Por todo lo anteriormente citado, la evaluación y medición adecuada del dolor ha de ser prioritaria para todos aquellos profesionales que trabajen con menores. Esta evaluación debe realizarse de manera sistemática con el objetivo de evitar la aparición de las consecuencias y agravar el estado físico y emocional del menor.

### **Teoría psicológica del dolor**

El enfoque psicológico del dolor se basa en el comportamiento humano. Esta teoría tiene varios participantes, que han aportado su conocimiento y han considerado al paciente como producto de la interacción de su personalidad, de sus valores sociales aprendidos, con lo cual se genera una respuesta individual. Acepta que el dolor es un concepto abstracto, que se refiere a una sensación personal y privada de daño, y más que una sensación se trata de una experiencia emocional desagradable, que queda mejor definida como el conocimiento de un estado de necesidad.

La teoría reconoce que existen múltiples factores, tanto de orden individual como colectivo, que influyen en la percepción y en la expresión dolorosa.

Entre estos factores están los propios del individuo (endógenos), como la personalidad, y los exógenos, como el medio ambiente, los culturales, sociales y educativos.

La teoría enfatiza, por lo tanto, que lo importante para tener en cuenta no es la idea que tenemos sobre el dolor que sufre el paciente, sino cómo lo percibe el mismo. En ese sentido, se proponen como medidas psicológicas para aliviar el dolor:

- ✓ La relajación y técnicas de sugestión.
- ✓ La administración de placebos.
- ✓ El facilitar elementos de distracción.
- ✓ Buscar el cambio de una actitud personal dolorosa hacia la experiencia dolorosa.

### **Utilidad del abordaje teórico sobre el dolor para la práctica de enfermería.**

Las teorías, como lo establece Parker (56), son patrones que guían el pensamiento sobre cómo ser y hacer en enfermería. Las teorías proporcionan conceptos y diseños, que definen el lugar de la enfermería en el cuidado de la salud, y al mismo tiempo suministran estructura y terreno para fortalecer la práctica.

Las teorías relacionadas con el dolor humano son múltiples, y en su mayoría han surgido de otras disciplinas. Ello amerita que en estos casos se tenga un proceso "retroductivo", es decir, que la enfermería conozca y analice estos abordajes desde su perspectiva, para que de esta forma le resulten útiles.

Los avances que se han generado en las últimas décadas por parte de la enfermería, para ver la experiencia del dolor humano como un fenómeno de totalidad, constituyen un aporte muy significativo en el avance disciplinar en el campo. Su comprensión y empleo permitirán que se entienda el fenómeno, y se pueda relacionar, explicar y anticipar en muchos casos. La cualificación de la práctica del cuidado, evitando o aliviando el dolor innecesario, hace parte de la respuesta social que la profesión se debe exigir en la cotidianidad.

### **Teoría de las endorfinas y de los no opiáceos para la percepción del dolor**

En 1977 se logra un avance muy importante en la comprensión de la percepción del dolor y de su alivio, con base en el aporte de Snyder, quien identificó sustancias secretadas por el cuerpo humano semejantes a los narcóticos, las cuales se denominan endorfinas.

Estas actúan encajándose en los receptores narcóticos de las terminaciones nerviosas, en el cerebro y la médula espinal, para bloquear la transmisión de la señal dolorosa y así evitar que el impulso alcance el nivel de conciencia. Según esta teoría, los niveles de endorfinas que tiene cada persona son diferentes, y los distintos estímulos pueden generar mayor o menor nivel de generación de estas sustancias, con lo cual se explican mejor algunos factores relacionados con las diferencias en la percepción o el umbral del dolor de las diferentes personas, y de una misma persona en

distintas situaciones. Dentro de los factores conocidos que tienden a aumentar o disminuir las endorfinas se encuentran los siguientes:

1. Factores que las incrementan: dolor breve, estrés breve, el ejercicio físico, la acupuntura, la estimulación eléctrica transcutánea y la actividad sexual.
2. Factores que las disminuyen: el dolor prolongado, el estrés recurrente, la ansiedad y la depresión.

**En el modelo de Peplau (57)**, la relación entre enfermera y paciente constituye el aspecto más importante del proceso terapéutico. En un principio, los dos extraños (enfermera y paciente) tienen metas e intereses diferentes; sin embargo, conforme la relación progresa, enfermera y usuario desarrollan una comprensión mutua de las metas de salud del usuario, dando por resultado que ambos colaboren para resolver los problemas de salud que pudieran presentarse. De esta manera, la relación brinda los medios necesarios para resolver frustración, conflicto y ansiedad con el fin de satisfacer las necesidades del usuario.



### **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 si 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 (58).

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, y debe responder y a través de las cuales se realiza como profesional. (59)

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

### **1.5 Bases conceptuales:**

**Definición del dolor.** La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor en niños como una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a lesión tisular real o potencial, cuya presencia es revelada por manifestaciones visibles y/o audibles de la conducta. Es una experiencia muy individual, enteramente subjetiva y considerada como una experiencia aprendida. En los preescolares que han sufrido quemaduras existe una mayor percepción del dolor debido a la sobre excitación de los nociceptores y por ser un efecto traumático propiamente dicho.

### **Generalidades sobre conocimiento**

Aristóteles expuso que casi todo el conocimiento deriva de la experiencia, pero apoya a Platón al considerar que el conocimiento abstracto tiene la superioridad respecto cualquier otro tipo de conocimiento. Luego de varios años Santo Tomas de Aquino argumentó que la base del conocimiento era el razonamiento profundo y la percepción o experimentación,

complementando estos métodos racionales con la fe en un sistema unificado de creencias (59).

El Empirismo sostiene que el conocimiento procede de la experiencia, del contacto directo con la realidad. Se desarrolla en la Edad Moderna con Locke y Hume, Condillac y John Stuart Mill (60).

El conocimiento es siempre un fenómeno consciente que supone siempre una dualidad, sujeto - objeto, no puede existir el proceso cognoscitivo sin esta dualidad.

El conocimiento debe definirse como los niveles de información que un individuo tiene acerca de una materia e implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. Corresponde en sí a una de las facultades sensoriales del hombre. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas (61).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el abordaje del dolor representa un problema de salud pública en todas las edades. Aunque existen conocimiento y medios para aliviarlo, es frecuente que en la población infantil este síntoma no se reconozca, se ignore, o incluso se niegue, recibien tratamientos menos enérgicos que los adultos (62,63).

**Las experiencias dolorosas** prolongadas, intensas y/o repetidas en etapas tempranas del niño alteran no solo su maduración psicológica sino también el desarrollo neurológico normal, lo que conlleva un aumento de la sensibilidad al dolor a lo largo de la vida (64,65).

Hoy en día el control eficaz del dolor se entiende como un derecho humano fundamental e integral a la práctica ética, centrada en el paciente y en su familia (66, 67,68).

**Manejo del dolor.** Una correcta valoración, control, prevención y manejo de dolor son prioridades cuando se trabaja con niños y es el pilar básico para ofrecer una atención de calidad. El papel de enfermería es fundamental, ya que son los profesionales que más se implican en el cuidado y mantenimiento de su salud (69,70)

**Clasificación del dolor en el niño** Atendiendo a su duración, el dolor puede clasificarse en agudo y crónico. Dolor agudo es aquel que puede prolongarse días o semanas, con una duración inferior a 6 meses. El dolor crónico se caracteriza por ser persistente, de causa orgánica y de duración mayor a 6 meses (71).

Además, existen diferentes tipos según su origen. El dolor somático es aquel que está localizado, afectando a la piel, músculo, ligamentos o huesos. El dolor visceral, afecta a 8 órganos internos. Es un dolor mal localizado, ya que suele percibirse en una superficie del organismo distante a la víscera y puede acompañarse de reacciones vegetativas como náuseas y vómitos. El

dolor neuropático, anormal o patológico proviene de una lesión en el sistema nervioso y es poco frecuente. Se caracteriza porque existe una falta de relación entre la lesión tisular y el dolor provocado, siendo frecuente la alodinia (percepción de dolor frente a estímulos no dolorosos) (72).

**Valoración del dolor** La valoración es la primera fase del proceso de enfermería y se basa en recoger y recopilar datos que permitan planificar las intervenciones a seguir para prevenir, minimizar o eliminar el dolor. Se trata de un proceso complejo, ya que existen numerosos factores que influyen y dificultan la evaluación del mismo entre los que se encuentran la genética, el sexo, la edad, el nivel cognitivo, aspectos emocionales como temor o ansiedad, experiencias dolorosas anteriores, factores familiares y culturales o factores del entorno; prestando especial atención a los niños más pequeños o con problemas cognitivos (73,74).

Existen diferentes métodos de valoración: fisiológicos (se centran en evaluar la respuesta del organismo ante el dolor: alteraciones de la FC, FR, TA, sudoración, cambios hormonales y metabólicos, retención de orina, náuseas, vómitos) (75), conductuales o comportamentales (analizan el comportamiento del niño ante este) y autovalorativos o subjetivos (76). La elección del método siempre será determinada por la edad y el nivel cognitivo del niño. Una vez valorado, es fundamental registrarlo para poder establecer un correcto plan de actuación (77).



**Medidas no farmacológicas** de reducción del dolor Las medidas no farmacológicas son de gran utilidad en el ámbito pediátrico y deben estar presentes en cualquier procedimiento diagnóstico-terapéutico. Los profesionales de enfermería deben estar familiarizados con estas medidas a fin de que el paciente se mantenga lo más confortable posible, disminuyendo la ansiedad y mejorando la tolerancia del niño a las intervenciones (78). Para ello existen múltiples técnicas dependiendo de la edad del paciente; proporcionar un ambiente adecuado y tranquilo y permitir la presencia de los padres durante el procedimiento son elementos clave durante toda la infancia (79,80), así como evitar manipulaciones y procedimientos dolorosos innecesarios (80). Además, se pueden aplicar diferentes métodos:

- Sacarosa, glucosa y soluciones edulcoradas: la sacarosa es la medida más utilizada en procedimientos dolorosos cortos, como la venopunción o la punción de talón, ya que produce un efecto analgésico debido a la liberación de opioides endógenos. A partir de los 6 meses de vida, estas medidas carecen de utilidad. El efecto analgésico y calmante aumenta si se acompaña de succión no nutritiva.
- Lactancia materna: la presencia de la madre, el contacto piel con piel, la succión y el sabor dulce de la leche proporciona en el bebé un efecto analgésico debido al aumento de las beta-endorfinas. Disminuye el dolor

de procedimientos menores administrada 2 minutos antes y durante la intervención.

- **Succión no nutritiva:** se emplea en procesos dolorosos cortos como. Estimula los receptores orotáctiles y mecanorreceptores que activan la analgesia endógena. Su eficacia es inmediata pero cesa al dejar de succionar.
- **Método madre canguro:** permitir que la madre esté presente durante el procedimiento coja o acaricie al niño proporciona estabilidad fisiológica y disminuye el dolor tras procedimientos menores (81).
- **Maniobras de distracción:** consiste en dirigir la atención a estímulos diferentes al procedimiento doloroso. Estas técnicas pueden consistir en leer, jugar, escuchar música o ver la televisión, entre otras (82)
- **Estimulación táctil:** las caricias y masajes, incluso coger la mano del niño durante el procedimiento, puede reducir el dolor de la intervención. También puede resultar útil la aplicación de frío o calor en el lugar indicado. (83)
- **Estimulación transcutánea:** consiste en aplicar electricidad de bajo voltaje a través de unos electrodos colocados sobre la piel (83). Está indicado en mayores de 4 años (84) .
- **Técnicas de relajación:** el control de la respiración es una técnica de relajación que permite disminuir la ansiedad que provoca un aumento de

la sensación dolorosa. La relajación, contribuye al descenso del ritmo cardiaco, el consumo de oxígeno y la presión arterial.

- Imaginación guiada: esta técnica consiste en evocar imágenes para que se recreen situaciones agradables. Sus efectos son similares a los de la relajación.
- Hipnosis: mediante la hipnosis, se altera la percepción y la conciencia, lo que genera una disminución de la sensibilidad ante el estímulo doloroso.
- Sugestión: esta técnica consiste en explicar al niño que un objeto tiene la capacidad de disminuir su padecimiento.
- Bloqueo del pensamiento: este método consiste en recordar los aspectos positivos de otro episodio doloroso sufrido anteriormente.
- Sistema de recompensas: la finalidad, es relacionar el dolor con un episodio premiado. Si el niño cumple determinados comportamientos se le premia, por el contrario, si no coopera, no debe ser castigado.
- Información: en escolares, es fundamental informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar y lo que va a sentir, tratando de que lo comprenda. Esto dependerá de la capacidad de su capacidad de comprensión (85).

**Tratamiento del dolor:** 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. 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 25 paciente (depresión respiratoria, tolerancia, síndrome de abstinencia, alergias).(29,30.31)

### **Tratamientos no farmacológicos**

Varios métodos no farmacológicos pueden ser usados para aliviar el dolor, miedo y ansiedad, incluyendo entrenamiento para relajación, imaginación guiada, auto hipnosis y un rango de medios físicos terapéuticos.

En general, estos enfoques tienen buena efectividad y excelente seguridad. En contraste, las técnicas no farmacológicas pueden no servir para algunos niños y no deberían ser usados como una excusa para retirar los analgésicos cuando son apropiados.

Dentro de los métodos no farmacológicos de alivio del dolor existen diversos tipos de métodos como:

a. **Método de apoyo:** entre ellos la asistencia familiar, adecuada información brindada, la empatía generada con el niño y su familia, el grado de participación que tengamos en su cuidado, y el juego que establezcamos con el niño como medida terapéutica del dolor.

b. **Métodos cognitivos:** aquí se encuentra la distracción como método clave de alivio de dolor sea a través de la música, la visualización y la hipnosis. • **Hipnosis:** La hipnosis puede ser efectiva para aliviar el dolor o disminuir la cantidad de analgésicos requeridos en casos de dolor agudo y crónico. Pueden ser de gran utilidad en situaciones difíciles, como lo es en caso de las quemaduras. Aún no se conoce cabalmente el mecanismo mediante el cual actúa la hipnosis, aunque según Moret, ésta no parece estar mediada por el sistema de endorfinas. La eficacia de esta técnica depende de la susceptibilidad hipnótica de individuo, agrega Farthing. En algunos casos, la hipnosis es efectiva en el primer tratamiento y su eficacia puede aumentar con sesiones posteriores; sin embargo, no siempre funciona laxitud. La enfermera indica al paciente que cierre los ojos, e inhale y exhale lentamente. Con cada exhalación, el paciente imagina que cada vez que espira elimina dolor y tensión, y que el cuerpo queda relajado y cómodo. Con cada inspiración imagina que absorbe energía curativa que fluye hacia el área de dolor. El alivio del dolor a través de esta técnica puede

funcionar para algunas personas y debe usarse únicamente como coadyuvante de otras formas de tratamiento cuya eficacia se ha comprobado.

métodos conductuales: como la respiración profunda y las técnicas de relajación (la más recomendada por diversos estudios es el yoga, la cual ha resultado muy efectiva en preescolares).

- **Técnicas de relajación:** Se considera que la relajación de los músculos esqueléticos reduce el dolor al relajar los músculos tensos que contribuyen a éste. Hay cuantiosas evidencias de que la relajación es eficaz para aliviar el dolor de tipo agudo y crónico; sin embargo, en algunos casos no es del todo eficaz,

d. **Métodos físicos:** la estimulación neuroléptica y transcutánea que son programas de ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento en el niño sea a través de la terapia física.

- **Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea:** Requiere de una unidad operada con baterías y electrodos que se aplican a la piel para producir una sensación de hormigueo, vibración o zumbido en la región de dolor. Se ha utilizado en casos de dolor agudo y crónico.

- **Tratamiento con hielo y calor:** Pueden ser estrategias eficaces para aliviar el dolor en algunas circunstancias; sin embargo, su eficacia y mecanismo de acción requieren estudios ulteriores. Para un mayor efecto, el hielo debe colocarse en el sitio afectado inmediatamente después del

proceso doloroso (causante de dolor). Es necesario tener cuidado de proteger la piel de la aplicación directa de hielo, éste no debe aplicarse por más de 20 minutos.

La aplicación del calor aumenta el flujo sanguíneo a un área y contribuye a reducir el dolor al acelerar la cicatrización. Tanto el calor seco como el húmedo proporcionan cierta analgesia, pero sus mecanismos de acción no se comprenden en su totalidad. Dentro de las estrategias cognoscitivas para el alivio del dolor, estas varían de acuerdo a la edad; así, para los niños en edad preescolar se recomienda realizar junto con el niño la imaginación de superhéroes o formar una historia similar al contexto del niño con el clásico “final feliz”, soplar para alejar el dolor, buscar objetos en dibujos, un guante mágico que evita el dolor, la lectura de libros infantiles de su agrado, la televisión o videos.

### **Tratamiento farmacológico.**

Expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud agruparon los analgésicos en tres peldaños de una intervención gradual o escalonada

- Peldaño 1: analgésicos no opioides, principalmente paracetamol, ácido acetil salicílico (AAS) y antiinflamatorios no esteroides.
- Peldaño 2: opioides leves, principalmente codeína.
- Peldaño 3: morfina y otros opioides fuertes.

## CAPITULO II

### MARCO METODOLÓGICO

#### 2.1. **Ámbito de estudio**

Para la presente investigación tuvo en cuenta como ámbito el servicio de Emergencia del Hospital de Tingo María 2017.

El Hospital de Tingo María por ser un hospital de referencia para esta zona atiende a toda la población de la provincia de Leoncio Prado, así como a poblaciones de los distritos aledaños como Monzón, Chinchao y Chaglla, así como para las provincias colindantes con el departamento de Huánuco, entre ellas de Tocache, departamento de San Martín y Padre Abad – Aguaytia en el departamento de Ucayali.

#### 2.2. **Población muestral**

La población muestral estuvo conformada por la totalidad de 30 profesionales de salud que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital de Tingo María.

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

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

- ) Personal de salud con tiempo mínimo laboral de 60 días.
- ) Personal de salud nombrado y contratado cas.
- ) Personal de salud que aceptan voluntariamente participar en el estudio.



**Criterios de exclusión:** se excluyeron del estudio:

- ) Personal de salud que cubren licencia o vacaciones.
- ) Personal de salud que no desean participar.

**Ubicación de la población en el tiempo:**

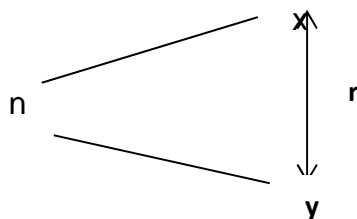
La duración del estudio estará comprendida entre los meses de Abril - Junio del 2017.

### **2.3. Tipo de estudio**

Respecto al tipo de estudio, la presente investigación es de tipo analítico, prospectiva; porque se recolectó la información requerida según como fueron ocurriendo los hechos, es decir se emplearon datos actuales, recogidos inmediatamente de la muestra de estudio. Es de tipo observacional; porque no se manipularon deliberadamente las variables de estudio, evitando la alteración de las mismas y permitiendo su evaluación tal y como se muestran en la realidad. Es de tipo transversal o transeccional, es decir presenta un solo corte muestral, indicando que los instrumentos de estudio fueron aplicados en una sola oportunidad, realizándose una sola medición de las variables.

## 2.4. Diseño de investigación

Para efecto de la investigación se considerará el diseño descriptivo correlacional:



### Dónde:

$n$  = Población Muestral

$x$ : Variable Independiente = Conocimiento del dolor

$y$ : Variable Dependiente = Manejo del dolor en pacientes pediátricos.

$r$  = Relación entre las variables

## 2.5. Técnicas e instrumento

### 2.5.1. Técnicas

Las técnicas que se utilizaron fueron:

**La encuesta:** Procedimiento establecido en una investigación descriptiva, donde el investigador recopiló los datos por medio de un cuestionario elaborado previamente, sin realizar modificatoria al entorno ni al fenómeno y que fueron entregados a través de tablas y gráficos.

**La Guía de observación:** consiste en recibir conocimiento del mundo exterior a través de nuestros sentidos o el registro de información por medio de herramientas e instrumentos científicos.

### **2.5.2. Instrumentos**

**a. El cuestionario** cuenta con 10 preguntas relacionados al conocimiento del dolor, dentro de ello está incluido los datos generales de los enfermeros como la edad, sexo, años de experiencia profesional, situación laboral, estudios de especialidad en atención asistencial y capacitación sobre atención de pacientes pediátricos con dolor. (Anexo 01)

Las respuestas fueron calificadas de acuerdo a los siguientes puntajes:

Respuesta Correcta = 02.

Respuesta Incorrecta= 00

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

- Nivel de conocimiento Bueno: 16 – 20 puntos.
- Nivel de conocimiento Regular :11 – 15 puntos.
- Nivel de conocimiento Malo: 00 – 10 puntos.

**b. Guía de observación** sobre manejo de dolor en pacientes pediátricos

Es un instrumento que permitió observar el manejo farmacológico y no farmacológico del dolor por parte del profesional de salud en pacientes pediátricos hospitalizados. Esta guía estuvo basada en la observación estructurada y/o sistemática, que nos permitió obtener datos con precisión acerca de una serie de aspectos que se valoraron, habilidades, destrezas y conductas, etc. (Anexo 02).

La guía de observación, estuvo conformada por ítems dicotómicos que no implican juicios de valor. Estuvo conformada con preguntas relacionadas con la aplicación de medidas farmacológicas y no farmacológicas para aliviar el dolor en niños del Servicio de Emergencia del hospital de Contingencia de Tingo María (Anexo 02). Siendo el valor de puntuación:

Si Cumple=01 (11 - 20 puntos)

No Cumple =00.( 00 - 10 puntos)

### **2.5.3. Validez y confiabilidad**

#### **Validez de los instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos de medición, fueron sometidos a los siguientes procedimientos de validación:

##### **a. Validez racional**

Se realizó la revisión de diversos antecedentes de investigación referidos a las variables en estudio, con la cual se pudo elaborar los instrumentos de medición.

##### **b. Validación por jueces**

Fueron sometidos a la revisión de expertos y jueces quienes los instrumentos de recolección de datos quienes evaluaron de manera tomando en cuenta los siguientes criterios:

- ) Pertinencia: los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador de la variable o variables en estudio.
- ) Suficiencia: los ítems de cada dimensión son suficientes.
- ) Claridad: los ítems son claros, sencillos y comprensibles para la muestra en estudio.
- ) Vigencia: los ítems de cada dimensión son vigentes.
- ) Objetividad: los ítems se verifican mediante una estrategia
- ) Estrategia: el método responde al objetivo del estudio.

- ) Consistencia: los ítems se pueden descomponer adecuadamente en variables e indicadores.

### **Confiabilidad**

Para el análisis de la confiabilidad se utilizó el índice Alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,879$ ). Indicándose que el instrumento es muy significativo.

### **2.6. Procedimiento**

Para el estudio se realizaron los siguientes procedimientos:

- ) Solicitud de permiso a la Dirección del Hospital en estudio.
- ) Se evaluó la validez cualitativa y cuantitativa de los instrumentos de investigación.
- ) Se solicitó el consentimiento verbal de los participantes en estudio.
- ) Se aplicó los instrumentos para la toma de datos durante la investigación.
- ) Selección, cómputo, o tabulación y evaluación de datos.
- ) Se interpretaron los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.
- ) Ejecución del informe final.

### **2.7 Aspectos Éticos**

Para la ejecución del trabajo de investigación tomo en cuenta los principios de la bioética: Beneficiencia, No maleficiencia, Autonomía (consentimiento

informado) y la equidad. Además, debo mencionar que se solicitó su consentimiento informado para ser partícipes de la investigación y se les menciono que toda la información se guardará en el anonimato y que tienen la libertad de no contestar sin atenta contra su privacidad.

## **2.8. Plan de tabulación y análisis de datos**

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

En la comprobación de la hipótesis se utilizaron la Prueba de Pearson con el fin de buscar relación entre el conocimiento y la aplicación de protocolos de bioseguridad. En todo el procesamiento de los datos se utilizaron el paquete estadístico SPSS versión 22,0.

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS Y DISCUSION**

**3.1. RESULTADOS**

**3.1.1. ANALISIS DESCRIPTIVO**

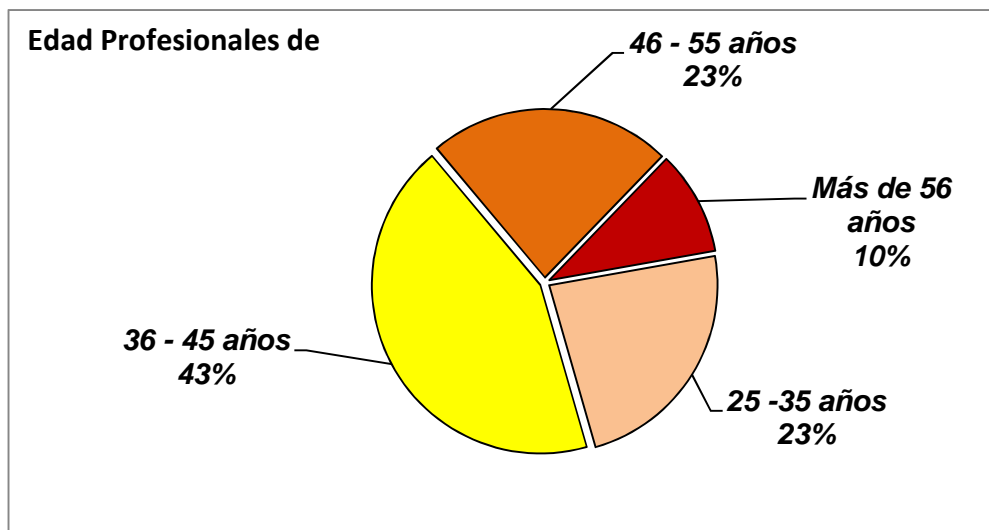
**3.1.1.1. Características socioeconómicas del profesional:**

**Tabla 01.** Edad del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

<b>Edad Profesionales de Salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
25 -35 años	7	24%
36 - 45 años	13	43%
46 - 55 años	7	23%
Más de 56 años	3	10%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Anexo 01.





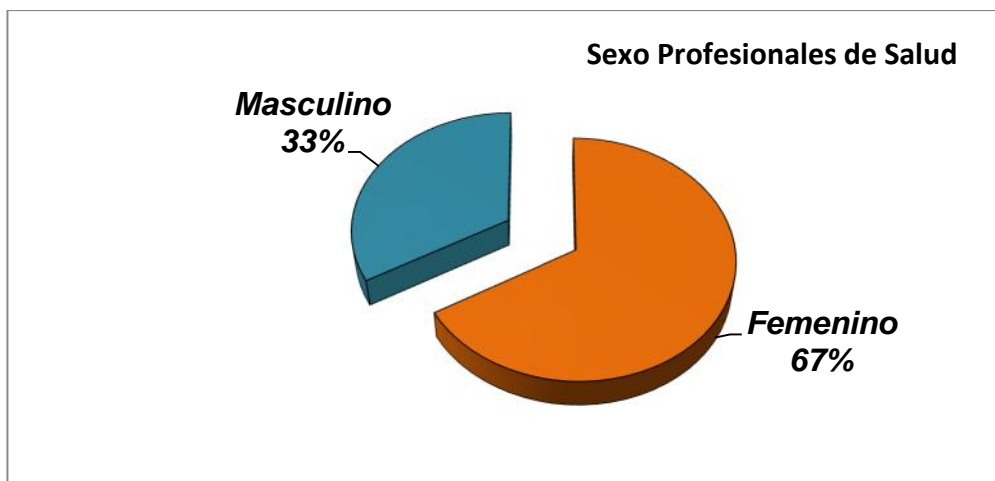
**Figura 01.-** Edad del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

**Interpretación:** Respecto a la edad del profesional de salud, encontramos que el **43%** (13 profesionales), tienen entre 36 a 45 años; el **24%** (07 profesionales) tienen de 25 a 35 años; el **23%** (07 profesionales), tienen de 46 a 55 años y el **10%** (03 profesionales) tienen más de 56 años de edad.

**Tabla 02.** Sexo del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

<b>Sexo Profesionales de Salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Femenino	20	67%
Masculino	10	33%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Anexo 01.



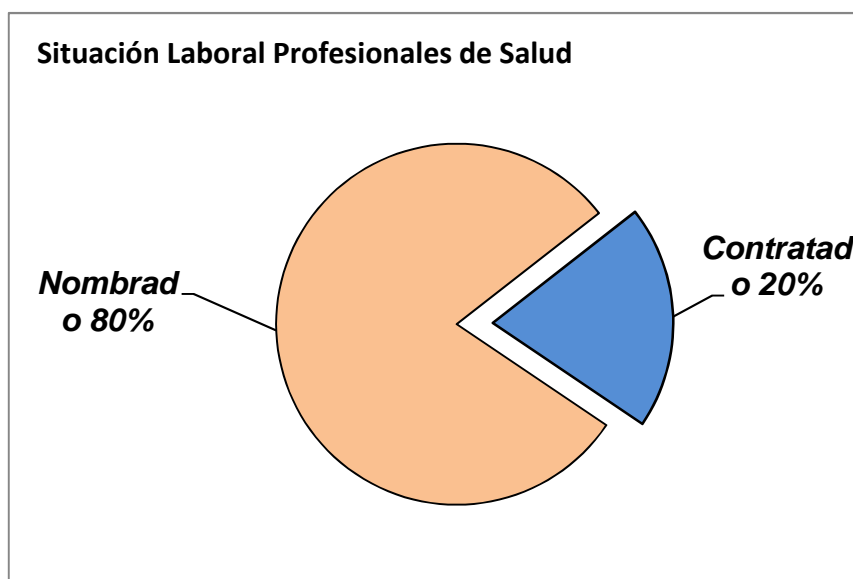
**Figura 02.** Sexo del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

**Interpretación:** Respecto al sexo del profesional de salud, se obtuvo que el **67%** (20 profesionales) son mujeres y el **33 %** (10 profesionales) son varones.

**Tabla 03.** Situación Laboral del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

<b>Situación Laboral Profesionales de Salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nombrado	24	80%
Contratado	6	20%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Anexo 01.



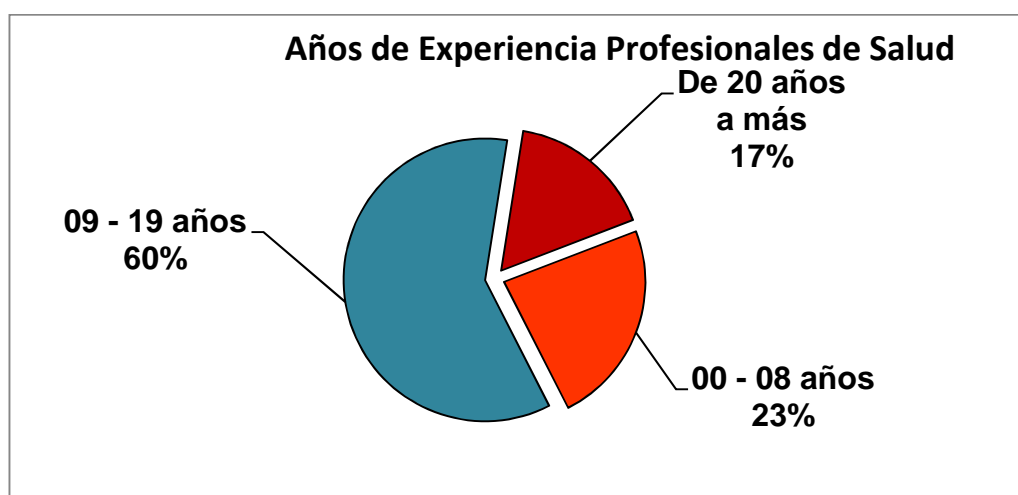
**Figura 03.** Situación Laboral del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

**Interpretación:** Respecto a la Situación Laboral del profesional de salud, se encontró **que el 80% (24 profesionales)** son nombrados y el **20% (06 profesionales)** son contratados.

**Tabla 04.** Años de Experiencia del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

<b>Años de Experiencia Profesionales de Salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
00 - 08 años	7	23%
09 - 19 años	18	60%
De 20 años a más	5	17%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Anexo 01.



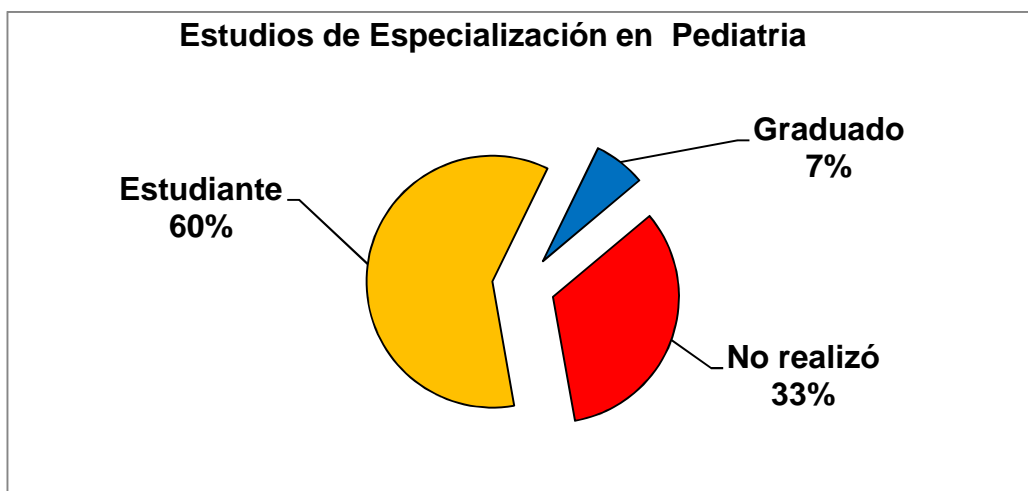
**Figura 04.** Años de Experiencia del profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

**Interpretación:** Respecto a los años de experiencia del profesional de salud, se encontró que el **60%** (18 profesionales) tienen de 9 a 19 años; el **23%** (07 profesionales) tienen de 0 a 8 años y el **17%** (05 profesionales) tienen de 20 a más años de experiencia.

**Tabla 05.** Estudios de Especialización realizados por el profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

Estudios de Especialización en Pediatria	Frecuencia	%
No realizó	10	33%
Estudiante de especialidad	18	60%
Graduado	2	7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Anexo 01.



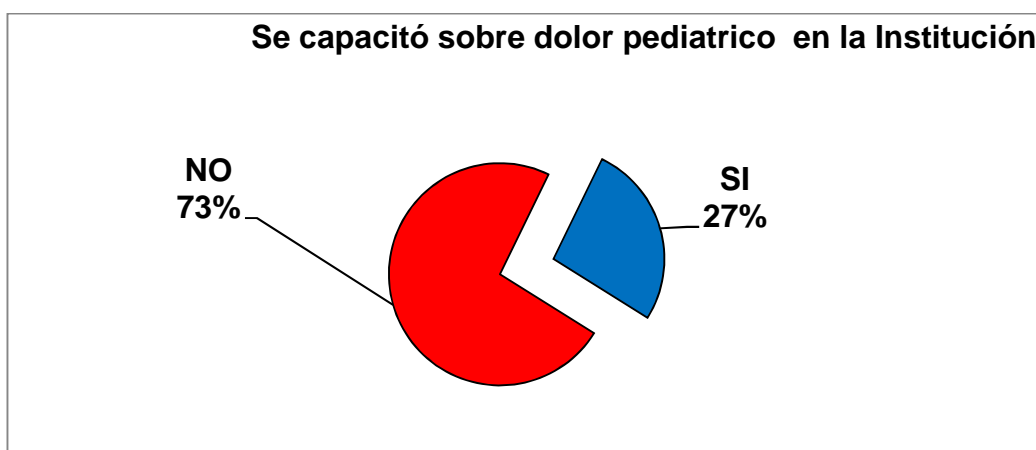
**Figura 05.** Estudios de Especialización realizados por el profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

**Interpretación:** Respecto a los estudios de especialización realizados por el profesional de salud, se encontró que el **60% (18 profesionales)** son estudiantes de especialidad; el **33% (10 profesionales)** no tienen ninguna especialización y el **7% (02 profesionales)** son graduados de especialidad.

**Tabla 06.** Capacitación sobre dolor pediátrico recibido en la Institución por el personal profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

<b>Se capacitó sobre dolor pediátrico en la Institución</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	8	27%
NO	22	73%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Anexo 01.



**Figura 06.** Capacitación sobre dolor pediátrico recibido en la Institución por el personal profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

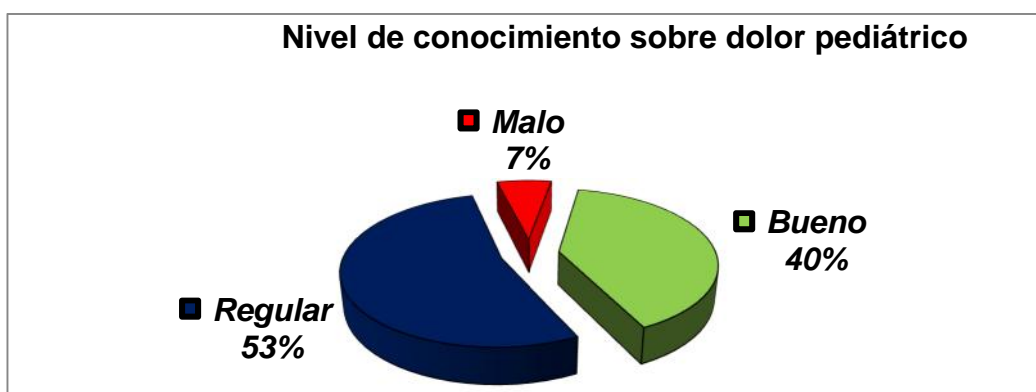
**Interpretación:** Respecto a los estudios de capacitación sobre dolor pediátrico recibido en la Institución por el personal profesional de salud, se encontró que el **73% (22 profesionales)** no recibieron capacitación y el **27% (08 profesionales)** si recibieron capacitación sobre dolor pediátrico.

### 3.1.1.2. Nivel de conocimiento sobre dolor pediátrico del profesional de salud del servicio de emergencia.

**Tabla 07.** Nivel de conocimiento sobre dolor pediátrico del personal profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

Nivel de Conocimiento sobre dolor	Frecuencia	%
Bueno	12	40%
Regular	16	53%
Malo	2	7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Anexo 01.



**Figura 07.** Nivel de conocimiento sobre dolor pediátrico del personal profesional de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

**Interpretación:** Respecto al nivel de conocimiento sobre dolor pediátrico del personal profesional de salud, se encontró que el **53%** (16 profesionales) tienen un nivel de conocimiento **regular**; el **40%** (12 profesionales) tienen un nivel de conocimiento **bueno** y el **7%** (02 profesionales) tienen un nivel de conocimiento **malo**.

### 3.1.1.3. Resultados de la guía de observación

**Tabla 08.** Manejo del dolor pediátrico por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

Manejo del dolor pediátrico por los profesionales	Frecuencia	%
Cumple	16	53%
No cumple	14	47%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Anexo 02.



**Figura 08.** Manejo del dolor pediátrico por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

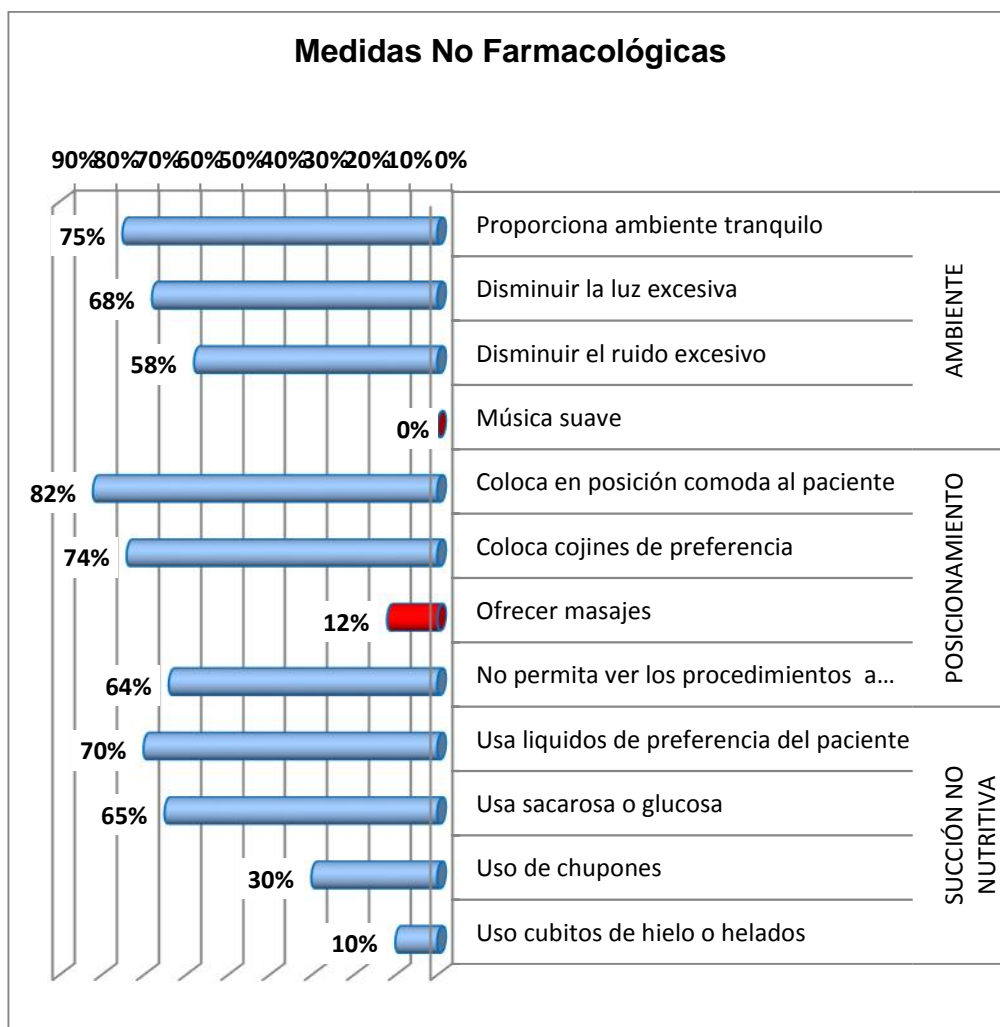
**Interpretación:** De acuerdo a las observaciones registradas por los investigadores acerca del manejo del dolor pediátrico por los profesionales de salud del servicio de emergencia, se encontró que el **53%, si cumple con** el manejo del dolor pediátrico. El **47%, no cumple con** el manejo del dolor pediátrico.



**Tabla 09. Manejo no farmacológico del dolor por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.**

<i>Dimensiones</i>	<i>Medidas No Farmacológicas</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>
Ambiente	Proporciona ambiente tranquilo	75%	23
	Disminuir la luz excesiva	68%	20
	Disminuir el ruido excesivo	58%	17
	Música suave	0%	0
Posicionamiento	Coloca en posición cómoda al paciente	82%	25
	Coloca cojines de preferencia	74%	22
	Ofrecer masajes	12%	4
	No permita ver los procedimientos ha otros pacientes.	64%	19
Succión no nutritiva	Usa líquidos de preferencia del paciente	70%	21
	Usa sacarosa o glucosa	65%	20
	Uso de chupones	30%	9
	Uso cubitos de hielo o helados	10%	3

**Fuente:** Anexo 02.



**Figura 09.** Manejo no farmacológico del dolor por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

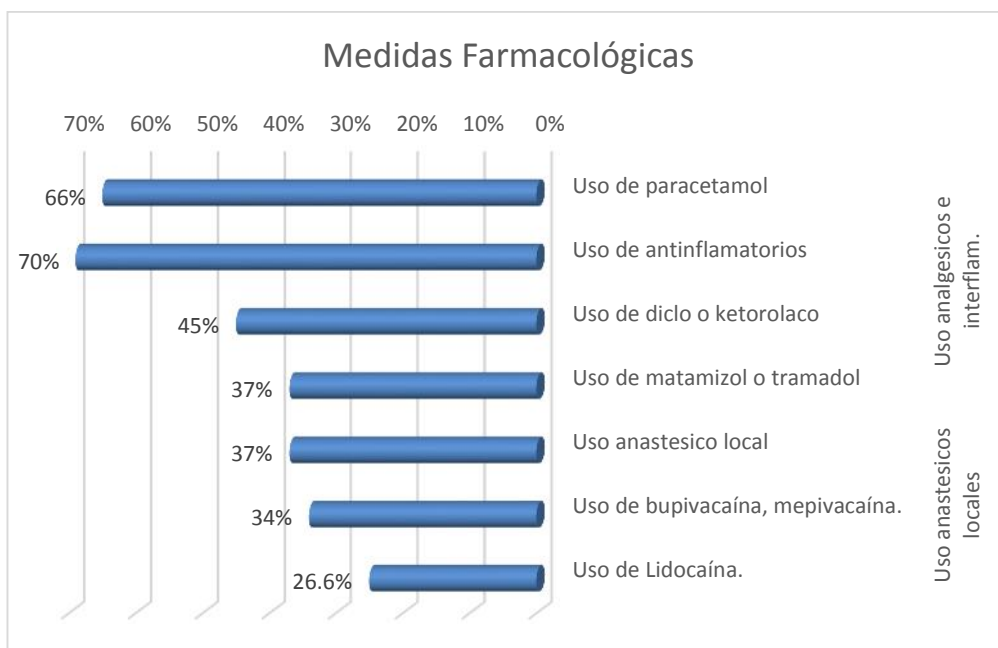
**Interpretación:** Del gráfico podemos mencionar que en la aplicación de **medidas no farmacológicas**; en la primera dimensión **Ambiente** tenemos que el ítem “Proporciona ambiente tranquilo” tiene un 75%; el “Disminuir la luz excesiva” tiene un 68%; el “Disminuir el ruido excesivo” tiene un 58% y el ítem “Música suave”. Para la dimensión **Posicionamiento** el ítem “Coloca en posición cómoda al paciente” tiene el 82%; el ítem “Coloca

cojines de preferencia” tiene un 74%; el ítem “No permita ver los procedimientos a otros pacientes” tiene 64% y el ítem “Ofrecer masajes” tiene un 12%. Con respecto a la dimensión **Succión no Nutritiva**, se tiene que el ítem “Usa líquidos de preferencia del paciente” tiene un 70%; el ítem “Usa sacarosa o glucosa” tiene un 65%; el ítem “Uso de chupones” y el “Uso cubitos de hielo o helados”, tiene un 10%.

**Tabla 10. Manejo farmacológico del dolor por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.**

<i>Dimensiones</i>	<i>Medidas Farmacológicas</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>
Uso analgésicos e inflamatorios.	Uso de paracetamol (en jarabes o tabletas).	66%	20
	Uso de antiinflamatorios no esteroides (ibuprofeno).	70%	21
	Uso de diclofenaco1 o ketorolaco.	45%	14
	Uso de metamizol o tramadol.	37%	11
Usos anestésicos locales	Uso anestésico local.	37%	11
	Uso de bupivacaína, mepivacaína.	34%	10
	Uso de Lidocaína.	26.60%	8

**Fuente:** Anexo 02.



**Figura 10. Manejo farmacológico del dolor por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.**

**Interpretación:** Del gráfico podemos mencionar que en la aplicación de **medidas farmacológicas** tenemos a los ítems más relevantes: con un 69% "uso de antiinflamatorios"; con 70% "uso de paracetamol" y con 45% "el uso de diclo o ketorolaco"; estos tres ítems son los más utilizados por los profesionales para mitigar el dolor pediátrico con medidas farmacológicas y entre los de menor uso tenemos al uso de matamizol o tramadol con un 37%; el uso de anestésico local con un 37%; el uso de bupicavacapaína con el 34% y el uso de lidocaína con 26.6%.

**Tabla 11.** Nivel de conocimiento y manejo del dolor pediátrico por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

n=30				
Conocimiento	Manejo del dolor			
	Cumple		No cumple	
	fi	%	fi	%
Bueno	4	13%	8	27%
Regular	12	40%	4	13%
Malo	0	0	2	7%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>53%</b>	<b>14</b>	<b>57%</b>

**Fuente:** Anexo 01 y 02.

En la tabla 11, se muestran los resultados del Nivel de conocimiento según manejo de dolor del personal de salud donde el 53% (16) cumplen con el manejo del dolor de las cuales la mayoría presenta regular conocimiento [40% (12)], seguido el nivel de conocimiento es bueno [13% (4)].

Por otro lado, se observa que un 57% (14) no cumplen con el manejo del dolor de los cuales la mayoría presenta nivel de conocimiento bueno [13% (4)].

### 3.1.2. A ANALISIS INFERENCIAL Y CONTRASTACION DE HIPOTESIS

**Tabla 12. Correlación entre el Nivel de conocimiento y el manejo del dolor pediátrico** por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

<b>N = 30</b>		<i>Manejo del dolor</i>
<i>Conocimiento</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	,747
	<i>Sig.(bilateral)</i>	,000

**Fuente:** Anexo 01 y 02.

\*La correlación es significativa en el nivel 0,000 (bilateral)

Con el estadístico de contraste Correlación de r de Pearson, se evidenció relación significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo del dolor por los profesionales de salud en estudio con un r de Pearson = ,747 y un p valor = 0,000.

**Tabla 13. Correlación entre el Nivel de conocimiento y el manejo del dolor**

No Farmacológico por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

<b><i>N = 30</i></b>		<i>Manejo del dolor No Farmacológico</i>
<i>Conocimiento</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	,742
	<i>Sig.(bilateral)</i>	,000

**Fuente:** Anexo 01 y 02.

\* La correlación es significativa en el nivel 0,000 (bilateral)

Con el estadístico de contraste Correlación de r de Pearson, se evidenció relación significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo del dolor no farmacológico por los profesionales de salud en estudio con un r de Pearson

= ,742 y un p valor = 0,000.



**Tabla 14. Correlación entre el Nivel de conocimiento y el manejo del dolor**

Farmacológico por los profesionales de salud del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, 2017.

<b><i>N = 30</i></b>		<i>Manejo del dolor Farmacológico</i>
<i>Conocimiento</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	<i>,753</i>
	<i>Sig.(bilateral</i>	<i>,000</i>

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,000 (bilateral)

Con el estadístico de contraste Correlación de r de Pearson, se evidenció relación significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo del dolor farmacológico por los profesionales de salud en estudio con un r de Pearson

= ,753 y un p valor = 0,000.

### 3.2 Discusión

Con respecto al **conocimiento** sobre dolor pediátrico del personal profesional de salud, se encontró que el **53% (16 profesionales)** tienen un nivel de conocimiento **regular**; el **40% (12 profesionales)** tienen un nivel de conocimiento **bueno** y el **7% (02 profesionales)** tienen un nivel de conocimiento **malo**.

Y respecto al manejo del dolor en pacientes pediátricos, se encontró que el **53%, si cumplen con** el manejo del dolor pediátrico y el **47% no cumple con** el manejo del dolor pediátrico.

Con respecto a los valores sobre el dolor, obtenidos en nuestra investigación, se observa que difiere diversamente de los obtenidos en la ciudad de En **México**, Merino Navarro Dolores, et al (9) el año 2009, en su artículo, "Manejo del dolor infantil por los profesionales de enfermería" dice: La sensación de dolor es subjetiva y en el caso de la infancia se hace más compleja su valoración debido a las dificultades que los niños tienen para comunicarse. Por tanto, se tiende a infravalorar su dolor y el tratamiento es inadecuado. Este artículo está centrado en los profesionales de Enfermería que cuidan a diario a niños que están sometidos a situaciones dolorosas por estar ingresados o padecer alguna alteración de salud. El objetivo es evaluar el grado de conocimiento de los profesionales de Enfermería sobre el dolor infantil, Se realizó un estudio cuasiexperimental de tipo pretest-postest. Entre los resultados más importante es que el **57%** de los

profesionales poseen un nivel de conocimientos considerado “Alto” y el **30%** posee un nivel “Medio”.

Sin embargo, los resultados obtenidos sobre el conocimiento del dolor en nuestra investigación se asemejan a los obtenidos en España, por Lobete Prieto C. (19) el año 2008, en su artículo titulado “Comparación del nivel de Conocimientos sobre dolor Infantil en dos poblaciones de profesionales de Enfermería” tuvo como objetivo de comparar el nivel de conocimientos sobre dolor infantil entre un grupo de profesionales de enfermería de un hospital pediátrico y otro de un hospital general. El estudio fue descriptivo, cuestionario validado para la valoración de los conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre el dolor pediátrico (Pediatric Nurses’ Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain [PNKAS]). Entre los **principales resultados** tenemos a las puntuaciones obtenidas en el Hospital Pediátrico vs. Hospital General: media aritmética, **51,7 vs. 47,2%**. Por otra parte, nuestros resultados guardan relación con los obtenidos en Madrid, por Aguilar Cordero M. J. et al (20) el año 2012, en su artículo denominado. Actitud de Enfermería ante el dolor Infantil y su relación con la formación continua, tuvo como objetivo determinar la actitud del personal de enfermería, ante el dolor en la infancia. El universo constituido por 121 enfermeros(as) que laboran en los servicios pediátricos. La investigación fue un estudio observacional y descriptivo en los servicios de atención pediátrica; se les presentó un cuestionario para identificar la actitud que

tienen hacia el niño con dolor y se relacionó dicha actitud con las variables de experiencia laboral y formación continua como conclusiones tenemos que a la medida en que se **incrementan** con capacitaciones y conocimientos, la actitud ante el dolor se hace **más favorable**, es decir que cuando mayor es el conocimiento, mayor será la actitud.

Del mismo modo la investigación realizada en la ciudad de Lima, por Ramírez Argumé Raquel Lucía del Pilar (28) et. al, el año 2009, en su investigación denominada “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”, tuvo como objetivo general determinar la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras. Los resultados la actitud de la Enfermera frente al dolor que experimentan los niños con quemaduras **es desfavorable** en su mayoría, prevaleciendo en aquellas enfermeras que se encuentran entre los 41 a 50 años de edad, que tienen entre 06 a 10 años de experiencia y en aquellas que **no recibieron capacitación** desde hace 3 años. De este último resultado también podemos mencionar que la **actitud de la enfermera será desfavorable** cuando sea **menor la capacitación** que recibieron sobre manejo de dolor.

## CONCLUSIONES

1. Con respecto al **conocimiento** sobre dolor pediátrico del personal profesional de salud, se encontró que el **53% (16 profesionales)** tienen un nivel de conocimiento **regular**; el **40% (12 profesionales)** tienen un nivel de conocimiento **bueno** y el **7% (02 profesionales)** tienen un nivel de conocimiento **bajo**.
2. Con respecto al manejo del dolor en pacientes pediátricos, se encontró que el 53%, si cumple y el 47%, no cumple con dicha intervención.
3. La correlación entre el nivel de conocimiento y el manejo del dolor se evidenció relación significativa por los profesionales de salud en estudio con un r de Pearson = ,747 y un p valor = 0,000. Y la correlación entre el nivel de conocimiento y el manejo del dolor no farmacológico se evidenció relación significativa con un r de Pearson = ,742 y un p valor = 0,000. Y en lo que respecta a la correlación entre el nivel de conocimiento y el manejo del dolor farmacológico se evidenció relación significativa con un r de Pearson = ,753 y un p valor = 0,000; por lo que se **ACEPTA** las Hipótesis de Investigación y se rechazan las Hipótesis Nulas (Ho).

## RECOMENDACIONES

- ) Al personal de enfermería del servicio de Emergencia, debe involucrarse con la atención humanizada en niños para prevenir las experiencias dolorosas injustificadas y dar fortaleza a la familia durante la hospitalización,
- ) La jefatura de Enfermería debe coordinar con la jefatura del servicio de emergencia para planificar cursos de capacitación y sensibilización en aplicación de medidas NO Farmacológicas en el manejo del dolor en niños.
- ) Recordar al personal de enfermería que, pese a que la mayoría de los procedimientos se centran en las medidas farmacológicas para el alivio del dolor, está demostrada la eficacia de las intervenciones no farmacológicas son procedimientos netos de enfermería por lo que se debe aplicar profesionalmente.
- ) Es necesidad la formación continua y conjunta del personal que labora con niños para realizar un manejo adecuado del dolor, porque los profesionales que han recibido formación tienen una actitud más favorable ante el dolor.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

1. Mego Díaz, Betty Magaly ateneo. unmsm. edu.pe/ ateneo/bitstream/.../1/Mego\_Diaz\_Betty\_Magaly\_2015.pdf
2. Llorente Pérez LM <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17953/1/TFG-H466.pdf>.
3. Córdova Jaquez Anabel Guadalupe, et al (Rev Cuid 2012; 3(3):2S7-92).
4. Sánchez M, Pemia V, Calatrava J. Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2005; 12:81-85.
5. Rivera M, Ortega B. Conocimientos del manejo del dolor posoperatorio del personal de enfermería / Manejo del dolor por el personal de enfermería. Revista Clínica Dolor y Terapia. 2005; 4(1): 11-16.
6. Eberhard F, Mora G. Manejo del dolor en el paciente pediátrico. Rev. Chilena Pediatría [Revista en línea] 2004 [Consultado: Mayo 2011]; 75(3):277-279. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S037041062004000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062004000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
7. Saunders; Cuidados de Enfermería. Atención a personas con dolor. 2 Vol. México: McGraw- Hill Interamericana S.A. 2000: 331-334.
8. Betancourt C, Espinoza J, Aguilar S, García M, Martínez MC, Piedra MD. Estrategias no farmacológicas en el alivio del dolor del recién nacido en procedimientos de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Segur. 2008; 16(2): 83-8.
9. Merino Navarro D, García Padilla FM, Mariscal Crespo MI, García Melchor M, López Santos MV, Rozas Lozano G. Manejo del dolor infantil por los profesionales de enfermería. Evidentia. 2008 jul-ago; 5(22). Disponible en: [ISSN: 1697- 638X].
10. American Academy of Pediatrics. The Assessment and management of Acute Pain in infants, Children, and Adolescents. Pediatrics. 2001; 108(3):793-797.

11. White MC, Wolf AR. Pain and stress in the human fetus. *Best Practice & research.* 2004; 18 (2): 205-220.
12. Jacob E, Puntillo KA. Pain in Hospitalized children: Pediatric Nurses' Beliefs and practices. *Journal of Pediatric Nursing.* 1999; 14(6): 379-391.
13. Casanovas M, Soto R, Ramón J, et al. La Valoración del dolor por los profesionales de enfermería. Impacto en el tratamiento y bienestar del paciente. *Enferm Clin.* 2000;10(6):235- 244.
14. Martínez Ibáñez MA. Dolor en el niño. *Rev Rol Enferm.*,1997;226: 13-19.
15. McCaffery M, Beebe A. Dolor. Manual clínico para la práctica de Enfermería. Barcelona: Salvat, 1992.
16. Ellis JA, Sharp D, Newbook K, Coben J. Selling confort: a survey of interventions for needle procedures in a pediatric hospital. *Pain Management Nursing.* 2004; 5 (4): 144-152.
17. Bennett M. Pain assessment and management in paediatric intensive care. *Pediatric Nursing.* 2001; 13(5):26-28.
18. Abeleira Pérez AI [http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/.../AbeleiraPerez\\_Analsabel\\_TFG\\_2014.pdf?](http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/.../AbeleiraPerez_Analsabel_TFG_2014.pdf)
19. Lobete Prieto C. - *An Pediatr (Barc)* 2015;82:e158-64 - Vol. 82 Núm.1 DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.02.007.
20. Aguilar Cordero M. J. et al <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6029>
21. Aguilar MJ, González E, Álvarez J, Padilla CA, Mur N, García PA, Valenza MC. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención en el cáncer de mama. *Nutr Hosp* 2010; 25 (6): 954-958. [ Links ]
22. Morán M, Naveiro JC, Blanco E, Cabañeros I, Rodríguez M, Peral A. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr Hosp* 2009; 24 (2): 213-217. [ Links ]
23. Heaton P, Herd D, Fernando A. Alivio del dolor para procedimientos simples en unidades neonatales de Nueva Zelanda: Cambios en la



- práctica clínica en seis años. *Journal of Paediatrics and child Health* 2007; 43 (5): 394-397.
24. Campos Castelló Jaime y San Antonio Arce Victoria  
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/30-cefalea.pdf>
25. Starfield B, Katz H. Gabriel A et al. Morbidity in childhood: A longitudinal view. *N Eng J Med* 1984; 310: 824-829.
26. Campos Castelló J. Jaquecas infantiles. *Rev Esp Neurol* 1990; 3: 178-189.
27. Hershey AD. What is the impact, prevalence, disability, and quality of life of paediatric headache? *Curr Pain Headache Rep* 2005; 9: 341- 344..
28. AGUIRRE RAYA, Dalila. "Fundamentos de la relación enfermera persona sana o enferma". En *Revista Cubana de Salud Pública* 2004. Pág. 1 (<http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol3.4.04/spu/0404>).
29. DUGAS/ BEVERLY. "Tratado de Enfermería". 4ª edición. México: Mc.Graw Hill Interamericana. 2000. Pág. 115.
30. KREEH y R. CRETCHFIELD. "Investigación del comportamiento". México: 1999. Pág. 346.
31. WESLEY. R.L. "Teorías y Modelos de Enfermería". 2da edición. México: Ed. Interamericana S.A. 1997. Pág. 45.
32. Rivara D, G., Huai par R, S., & Miyasato H, D. Dolor agudo neonatal con estímulos dolorosos repetitivos, estudio randomizado comparando tres métodos analgésicos no farmacológicos. *Rev. Perú. pediatr*, 62(1) 2009, 8-14.
33. A Ramírez - 2017 cybertesis. [unmsm.edu.pe › bitstream › cybertesis › Ahuanari\\_ra](http://unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/Ahuanari_ra)
- 34 A Vasquez - 2015 [https://fi-admin.bvsalud.org › document › view](https://fi-admin.bvsalud.org/document/view)
- 35 Bueno Sánchez M. Dolor; en signos y síntomas en pediatría, Madrid: Ergon; 2007. p. 69-75.

- 36 Cajaraville J. El dolor en el niño. En: [www.cun.es/areadesaud/areas/dolor](http://www.cun.es/areadesaud/areas/dolor)
37. Groholt EK, Stigum H, Nordhagen R, et al. Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families. *European Journal of Epidemiology* 2003; 18: 965-75
38. Roth-Isigkeit. Almost one third of German children and adolescents suffer from chronic pain. Poster presentado en el 4th Congress of the European Federation of IASP Chapters. Praga. Septiembre, 2003.
39. Ser  
rano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano C, Prieto J. Valoración del dolor (I). *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 94-108.
40. Bueno Sánchez M. Dolor; en signos y síntomas en pediatría, Madrid: Ergon; 2007. p. 69-75.
41. Rabanal JM, Casado Flores J, Burón FJ. Sedación analgesia y relajación muscular del niño politraumatizado. En: Casado Flores J, Castellanos A, Serrano A, Teja JL. *El niño politraumatizado, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ergon; 2004. p. 335-346.
42. Thomas Boyce W, Shonkoff JP. *Pediatría del desarrollo y de la Conducta*. En: *Pediatría de Rudolph*, 21ª edición. McGraw-Hill, Interamericana de España, vol I. p. 458- 464.
43. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, et al. The FACE Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001; 93: 173-83.
44. Bueno Sánchez M. [https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/01/DOLOR\\_Valoracion.pdf](https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/01/DOLOR_Valoracion.pdf)
45. Cañellas M. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med Clin*.1993; 101: 51-4.
46. Bush JP, Harkins SW. *Children in Pain*. Nueva York: Springer; 2005.

47. . Gálvez R. Manual práctico: manejo del dolor en Pediatría. Madrid: Luzán; 2007.
48. Baños JE. Dolor pediátrico. Dolor. 1995;10:213-79.
49. Schechter NL. Pain in infants, children and adolescents. Baltimore: Williams-Wilkins; 2004.
50. Bush JP, Harkins SW. Children in Pain. Nueva York: Springer; 2005.
51. Marañón G. Obras completas. Voll10. Madrid: Espasa Calpe; 1977. p. 247.
52. OMS. Cancer pain relief and palliative care in children. Ginebra: OMS; 2006.
53. Medina F and Martín – Crespo C. Cuidado holístico del niño y del adolescente. Enfermería del niño y del adolescente VIII. 1ª ed. Madrid: FUDEN. 2012. 717 p.
54. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas [Internet] 2012 [citado el 2 de febrero de 2017] Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19116es/s19116es.pdf>.
55. Casado MC. Dolor en el niño (parte I): historia, fisiopatología, valoración y consecuencias [Internet] 2004 Ago [citado el 5 de febrero de 2017] Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/PediatriaSBA/Agosto2004/2351>.
56. Peplau, 1952, p. 86.
57. OMS Fortalecimiento de la enfermería y la práctica. 59ª Asamblea Mundial de la Salud, A 56/19 Punto 14.11 del orden del día provisional, 2 de Abril/2003
58. [Ached.cl/upfiles/revistas/.../452ecccfb2eee\\_dolor\\_trauma.pdf](http://Ached.cl/upfiles/revistas/.../452ecccfb2eee_dolor_trauma.pdf)

59. Parker, Marilyn. *Teorías de enfermería y práctica de enfermería*, Ed. F. A. Davis, USA, 2001
- 60 Diccionario de la Real Lengua Española.
61. Bunge Mario. *La Ciencia, su método y su Filosofía*. Ed. Siglo xx. Buenos Aires. 1971.
- 62 Fredich Rovich. *Diccionario de Psicología*. 5ta Edición. Ed. Candor. Madrid – España. 1995.
- 63 Organización Mundial de la Salud. *Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas*. Ginebra: OMS, 2012. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19116es/s19116es.pdf>. (Consulta: 5 julio 2015).
- 64 Schechter N. *Tratamiento insuficiente del dolor en niños: aspectos generales*. Clin Pediatr N Am 1989; 4:845-59.
- 65 Human Right Watch. *Global state of pain treatment: access to palliative care as a human right*. New York: Human Right Watch, 2011. Disponible en: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf>. (Consulta: 5 julio 2015).
- 66 Kuttner L. *A child in pain: what health professionals can do to help*. Carmarthen, Wales: Crown House Publishing, 2010.
- 67 Organización Mundial de la Salud. *Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas*. Ginebra: OMS, 2012. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19116es/s19116es.pdf>. (Consulta: 5 julio 2015).
- 68 Gancedo C, Malmierca F, Hernández C, Reinoso F. *Curso de formación continuada en dolor en Pediatría: dirigido a pediatras de atención primaria*. Tercera entrega. Madrid: Ergon, 2009. Disponible

en: <http://docplayer.es/1382393-Pediatria-integral-curso-de-formacion-continuada-en-dolor-en-pediatria-3a-entrega-dirigido-a-pediatras-de-atencion-primaria.html>. (Consulta: 5 julio 2015).

69. Barbero J, Dones M. Valoración ética del dolor y el sufrimiento humano. En: De los Reyes L, Sánchez J. Bioética y pediatría. Madrid: Ergon, 2010:481-90.
70. Merino Navarro D, Palomar Gallardo C, García Padilla F, López Santos MV, García Melchor M. Competencias del profesional de enfermería en el dolor infantil. Ciber Revista. 2004 Marzo;(20).
- 71 Merino Navarro D, García Padilla F, Mariscal Crespo I, García Melchor M, López Santos MdV, Rozas Lozano G. Manejo del dolor infantil por los profesionales de enfermería. Evidentia. 2008 Julio-Agosto; 5(22)..
- 72 Aguilar Cordero MJ. Tratado de Enfermería del Niño y el Adolescente. Cuidados pediátricos. Segunda edición ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
- 73 Lépori LR. Dolor en pediatría. Primera edición ed. Argentina: CLYNA; 2006.
- 74 Merino Navarro D, García Padilla F, Mariscal Crespo I, García Melchor M, López Santos MdV, Rozas Lozano G. Manejo del dolor infantil por los profesionales de enfermería. Evidentia. 2008 Julio-Agosto; 5(22).
75. Malmierca Sánchez F, Pellegrini Belinchon J, Malmierca AJ. Valoración del Dolor en Pediatría. Segunda entrega ed. Madrid: Ergon; 2008.
- 76 Díaz-Gómez M, Gómez García C, Ruiz García MJ. Tratado de enfermería de la infancia y la adolescencia. Edición especial ed. Madrid: McGraw-Hill interamericana; 2006.
- 77 Bárcena Fernández E. Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. Revista Pediatría Atención Primaria. 2014; 23(37-43).
- 78 Tovar MA. Dolor en niños. Colombia Médica. 2005 Octubre-Diciembre; 34(4).
79. Bárcena Fernández E. Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. Revista Pediatría Atención Primaria. 2014; 23(37-43).

80. Bárcena Fernández E. Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. *Revista Pediatría Atención Primaria*. 2014; 23(37-43).
81. Chaure López I, Inarejos García M. *Enfermería pediátrica*. Primera edición ed. Barcelona: Masson; 2003.
82. Díaz-Gómez M, Gómez García C, Ruiz García MJ. *Tratado de enfermería de la infancia y la adolescencia. Edición especial* ed. Madrid: McGraw-Hill interamericana; 2006.
83. Lardón Fernández M. Analgesia y Sedación en pediatría. *Bol. SPAO*. 2011; 5(1).
84. García Sánchez N, Merino Moira M, Lacarta García I, Carbonell Muñoz L, Pina Marqués B, Álvarez García FJ, et al. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. *Pediatría Atención Primaria*. 2015 Noviembre; 17.
85. Aguilar Cordero MJ. *Tratado de Enfermería del Niño y el Adolescente. Cuidados pediátricos*. Segunda edición ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
86. Chaure López I, Inarejos García M. *Enfermería pediátrica*. Primera edición ed. Barcelona: Masson; 2003.

# **ANEXOS**

ID

Fecha. /.../...

**ANEXO N° 01****UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO****FACULTAD DE ENFERMERIA****CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO****TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:**

CONOCIMIENTO DEL DOLOR PEDIÀTRICO Y MANEJO POR EL PROFESIONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CONTINGENCIA DE TINGO MARIA.

**INSTRUCCIONES:****Sr. (a).**

En el presente estudio elaboramos el siguiente cuestionario que tiene carácter de anónimo con el objetivo de obtener información del profesional de salud, sobre conocimientos del dolor pediátrico, solicitamos a Ud. Responder con sinceridad las siguientes preguntas:

**I. DATOS GENERALES:**

1.1. Edad: \_\_\_\_\_ en años

1.2. Sexo:

Masculino ( )

Femenino ( )



1.4. Situación laboral:

Nombrado ( )

Contratado ( )

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

1.5. Estudios de especialidad en pediatría

No realizo ( )

Estudio de especialidad ( )

Graduado ( )

1.6. Recibió capacitación sobre dolor:

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 discomfort 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 cardiaca
- 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 02**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE MANEJO DEL DOLOR EN  
 PACIENTES PEDIÁTRICOS**

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Nivel de Conocimiento del dolor pediátrico y manejo por el profesional de salud del servicio de emergencia del hospital de Tingo María 2017.

**INSTRUCCIONES.** Marque los cuidados o medidas más comunes que se ofrecen al identificar el dolor en su servicio (puede marcar las que aplique)

La veracidad de lo registrado será de suma importancia para el estudio.

<b>Aplicación de medidas para aliviar el dolor</b>	<b>Si cumple</b>	<b>No cumple</b>
Permitir visita de los padres (que estos lo acaricien, lo acurruquen, etc.		
Darle confianza para que exprese su dolor.		
Ofrecer masajes.		
Disminuir la luz excesiva.		
Disminuir el ruido excesivo.		
Uso de líquidos de su preferencia.		
Uso de sus juguetes.		
Trato humano.		

Sostenerlo en brazos (cogerlo a hombro).		
Leche materna.		
Cantarles.		
Acariciarles		
Acurrucarles.		
Hablarles suavemente.		
Ofrecerles música suave.		
Uso de sacarosa o glucosa.		
Uso de anestésico local.		
Uso de opioides.		
Mantener sedado al niño.		
Medidas de bioseguridad		

**ANEXO N° 03****UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO****FACULTAD DE ENFERMERIA****CONSENTIMIENTO INFORMADO****TITULO DE ESTUDIO**

Nivel de conocimiento del profesional de salud y aplicación de medidas para eliminar el dolor en pacientes pediátricos en el servicio de emergencia - hospital de contingencia de Tingo María 2017.

**PROPÓSITO**

Se lleva a cabo el estudio con el propósito de observar el nivel de conocimiento del personal de salud en la aplicación de medidas para eliminar el dolor en pacientes pediátricos Emergencia en investigación.

**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: ...../...../.....2017



**ANEXO 04**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**  
**Registro de validación de jueces**  
**FORMATO DE APRECIACIÓN DEL EXPERTO O JUEZ**  
**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

**I. JUSTIFICACIÓN**

Es necesario que la administración de los instrumentos documentales, cuenten con la validez cualitativa en tanto se pretende medir una temática relacionada con la motivación por la investigación científica por parte de los estudiantes de enfermería quienes son la esperanza del desarrollo del conocimiento de la ciencia del cuidado de enfermería. Se considera que la investigación que desarrolla el estudiante de enfermería, es de suma importancia toda vez que permite descubrir, comprender y buscar información, frente a problemas que enfrenta, intentando responder utilizando para ello un pensamiento crítico, reflexivo e innovador en la búsqueda de ampliar sus conocimientos aportando a la revaloración y el reconocimiento a la universidad y sociedad. La universidad como institución formadora de recursos profesionales tiene dentro de sus fines no sólo la formación científico humanístico, sino también el desarrollo de la investigación, proyección social y extensión universitaria.

Por ello, acudimos a su digna persona para que nos brinde sus conocimientos en materia de la pertinencia, coherencia, de los instrumentos que se adjunta.

Este formato de apreciación le presentamos 10 ítem, frente a ellas exprese su punto de vista y opinión personal. Por esa razón se le pide su colaboración, considerando que no existen respuestas correctas ni incorrectas.

Nombre del experto: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

## II. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

Por favor marque con un aspa (x) la opción que considere aplicarse en cada ítem y realice, de ser necesaria, sus observaciones.

N°	ITEMS	APRECIACIÓN		OBSERVACIÓN
		SI	NO	
1.	¿El instrumento responde al planteamiento de problema?			
2.	¿El instrumento responde a los objetivos de problema?			
3.	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la elaboración de instrumento?			
4.	¿El instrumento responde a la operacionalización de las variables?			
5.	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?			
6.	¿Los ítems están redactados de forma clara y precisa?			
7.	¿El número de ítems es adecuado?			
8.	¿Los ítems del instrumento son válidos?			
9.	¿Se deben incrementar el número de ítems?			
10.	¿Se debe eliminar algunos ítems?			

**III. DECISIÓN DEL EXPERTO**

El instrumento debe ser aplicado: SI ( ) NO ( )

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

---

---

---

**Firma y Sello**

### NOTA BIBLIOGRÀFICA

1. Nombre y apellidos Henry Fredy Jaimes Rojas
  - ) Lugar de nacimiento: Tingo María
  - ) Fecha de nacimiento: 05 de marzo de 1986
  - ) Centro educativo del nivel secundario: Colegio particular Amazonas
  - ) Universidad: Universidad de Huánuco
  - ) Año que obtuvo el grado de bachiller: 2013
  
2. Nombre y apellidos Lincol Pinedo Sandoval
  - ) Lugar de nacimiento: Tarapoto
  - ) Fecha de nacimiento: 26 de marzo de 1973
  - ) Centro educativo del nivel secundario: I.E. Jiménez Pimentel
  - ) Universidad: Universidad de Huánuco
  - ) Año que obtuvo el grado de bachiller: 2011



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veintitrés días del mes de enero del 2020, siendo las dieciocho horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el Auditorio de la Facultad de Enfermería, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 052-2020-UNHEVAL-D-FENF, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: "CONOCIMIENTO DEL DOLOR PEDIÁTRICO Y MANEJO POR EL PROFESIONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017", del Licenciado en Enfermería: **Lincol PINEDO SANDOVAL** desarrollado bajo el asesoramiento del Mg. **Florián Gualberto Fabián Flores**.

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- |                                               |                    |
|-----------------------------------------------|--------------------|
| • Dra. María Del Carmen Villavicencio Guardia | <b>PRESIDENTA</b>  |
| • Dra. Enit Ida Villar Carbajal               | <b>SECRETARIA</b>  |
| • Mg. Víctor Guido Flores Ayala               | <b>MIEMBRO</b>     |
| • Mg. Mida Aguirre Cano                       | <b>ACCESITARIA</b> |

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 ..... *No* ..... y cualitativo de *Bueno* ..... quedando *APTO* ..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**.

Así mismo, el jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

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

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

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

  
.....  
**VOCAL**



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veintitrés días del mes de enero del 2020, siendo las dieciocho horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el Auditorio de la Facultad de Enfermería, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 052-2020-UNHEVAL-D-FENF, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: "CONOCIMIENTO DEL DOLOR PEDIÁTRICO Y MANEJO POR EL PROFESIONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017", de los Licenciados en Enfermería: **Enf. Henry Fredy JAIMES ROJAS** y **Lincol PINEDO SANDOVAL** desarrollado bajo el asesoramiento del **Mg. Florián Gualberto Fabián Flores**.

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- |                                               |                    |
|-----------------------------------------------|--------------------|
| • Dra. María Del Carmen Villavicencio Guardia | <b>PRESIDENTA</b>  |
| • Dra. Enit Ida Villar Carbajal               | <b>SECRETARIA</b>  |
| • Mg. Víctor Guido Flores Ayala               | <b>MIEMBRO</b>     |
| • Mg. Mida Aguirre Cano                       | <b>ACCESITARIA</b> |

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 *16*..... y cualitativo de *Buena*....., quedando *APRO*..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**.

Así mismo, el jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

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

*[Signature]*  
SECRETARIO (A)

*[Signature]*  
PRESIDENTE (A)

*[Signature]*  
VOCAL

**AUTORIZACION PARA LA PUBLICACIÓN DE TESIS  
ELECTRÓNICAS**

**1. IDENTIFICACION PERSONAL**

Apellidos y Nombres:

- ✓ Lincol PINEDO SANDOVAL, DNI: 00890195; correo electrónico: [lincolpinedosandoval@gmail.com](mailto:lincolpinedosandoval@gmail.com); celular; 962823518
- ✓ Henry Fredy JAIMES ROJAS; DNI:43675428 correo electrónico: [henrisito91217@gmail.com](mailto:henrisito91217@gmail.com); celular: 935540802

**2. IDENTIFICACION DE LA TESIS**

FACULTAD DE ENFERMERIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
E.P. ENFERMERIA

Título Profesional a obtener: Título de licenciados en enfermería

**TITULO DE LA TESIS "CONOCIMIENTO DEL DOLOR PEDIÁTRICO Y MANEJO POR EL PROFESIONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017"**

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 páginas 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

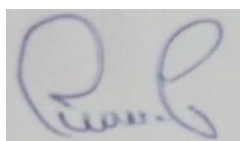
2 años

3 años

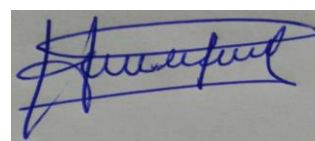
4 años

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

Huánuco, 10 de Noviembre del 2020



Lic. Enf. Lincol. PINEDO SANDOVAL  
ROAS



Lic. Enf. Henry Fredy, JAIMES