

**UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN Y MANEJO
DEL DOLOR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL ROOSEVELT.**



TESIS

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR

NORMA GICELA PÉREZ RECHINOS

PREVIO A CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE

ENFERMERA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, ABRIL DE 2,025

Guatemala 20 de marzo de 2025

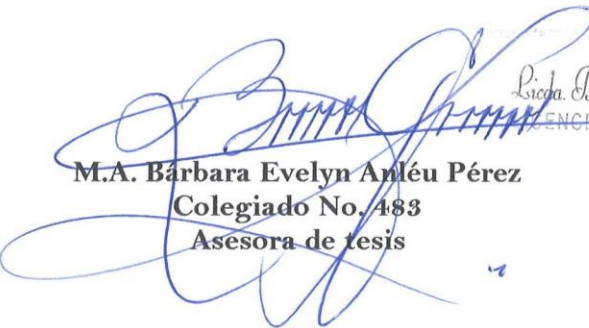
Doctora
Vilma Chávez de Pop
Decana
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Galileo

Respetable Dra. Chávez:

Por este medio hago constar que he finalizado con el asesoramiento del Informe Final de Tesis realizado por la alumna **Norma Gicela Pérez Recinos**, quien se identifica con número de carné **23011286**, el cual se titula **“Intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt”** Trabajo que llena los requisitos establecidos por ésta Honorable casa de estudios, por lo que no tengo ningún inconveniente en darle mi aval.

Agradeciendo el apoyo brindado a la estudiante **Pérez Recinos**, me es grato suscribirme.

Atentamente.


M.A. Bárbara Evelyn Anléu Pérez
Colegiado No. 483
Asesora de tesis

Licda. Bárbara E. Anléu Pérez
COLEGIADA EN ENFERMERÍA
COL. 483



Galileo
UNIVERSIDAD
La Revolución en la Educación

Guatemala 20 de noviembre de 2024

Dra. Vilma Chávez de pop
Decana Facultad de Ciencias de la salud
Universidad Galileo
Presente

Señora Decana, Dra. Vilma Chávez de Pop:

Por este medio yo: **Norma Gicela Pérez Recinos con carné 23011286** me dirijo a usted como estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería, para solicitar su aprobación del punto de tesis:

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN
PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL
ROOSEVELT.**

Así mismo solicito la aprobación del Lic. **Bárbara Evelyn Anléu Pérez** quien será el asesor del trabajo final arriba mencionado.

Agradeciendo su atención de la presente y en espera de una respuesta afirmativa, me despido de usted.

Agradezco la atención a la presente,

Norma Gicela Pérez Recinos
Carné: 23011286
Licenciatura de enfermería

DEDICATORIA

A Dios

Por ser la fuente de mi fortaleza, sabiduría y guía constante en cada paso de mi vida.

A mis padres

Quienes ya no están físicamente, pero cuyo amor, enseñanzas y sacrificios continúan guiando mis pasos.

A mi esposo

Por su apoyo incondicional, paciencia y amor inquebrantable.

A mi hijo

Por su sonrisa, su energía y su constante recordatorio de lo que verdaderamente importa en la vida.

A mis hermanas

Por su incondicional apoyo.

A mis asesores

Por su guía, conocimientos y por siempre fomentar mi crecimiento académico y personal. Gracias por su paciencia y por creer en mi capacidad.

Finalmente, a la Universidad Galileo

Por brindarme la oportunidad de formarme y desarrollarme en un ambiente académico que me impulsó a alcanzar mis metas.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	4
1. DIAGNÓSTICO	4
1.1 Justificación de la investigación.....	4
1.2 Planteamiento del problema	6
1.2.1 Definición del problema	7
1.2.2 Delimitación del problema.....	14
1.2.2.1 Ámbito geográfico.....	14
1.2.2.2 Ámbito Institucional.....	14
1.2.2.3 Ámbito personal	14
1.2.2.4 Ámbito temporal	14
1.3 Objetivos de la investigación.....	14
1.3.1 Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
CAPÍTULO II.....	15
2. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Manejo del dolor.....	15
2.1.1 Importancia del manejo del dolor en cuidados intensivos pediátricos	15
2.1.2 Rol de la enfermería en la valoración y manejo del dolor.....	16
2.1.3 Abordaje del dolor en pediatría: evolución histórica y actual	17
2.1.4 Estrategias farmacológicas y no farmacológicas en el control del dolor pediátrico	19
2.1.5 Importancia de la atención multidisciplinaria en el manejo del dolor infantil.....	20
2.2 Teoría del Manejo de los Síntomas.....	21
2.2.1.1 Origen y desarrollo	22
2.2.1.2 Aplicación en el cuidado pediátrico y manejo del dolor	22
2.3 Intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor ...	23
2.3.1 Definición de intervenciones de enfermería.....	24
2.3.2 Valoración del dolor en pediatría.....	25

2.3.2.1	Escalas y herramientas utilizadas (FLACC, Wong-Baker, entre otras)	25
2.3.2.2	Relevancia de la observación en pacientes no comunicativos	26
2.3.3	Estrategias farmacológicas y su implementación por enfermería ...	26
2.3.4	Técnicas no farmacológicas aplicadas por el personal de enfermería.....	27
2.3.5	Capacitación y competencias necesarias para el manejo adecuado del dolor	27
2.4	Conceptos principales	28
2.4.1	Dolor	28
2.4.1.1	Clasificación (agudo, crónico, nociceptivo, neuropático).....	28
2.4.2	Valoración del dolor	29
2.4.3	Intervenciones de enfermería	29
2.4.4	Hospital Roosevelt	30
2.4.4.1	Misión, visión y funciones principales	30
2.4.4.2	Organización y recursos disponibles	31
2.4.4.3	Infraestructura de la unidad de cuidados intensivos pediátricos	31
2.4.4.4	Recursos humanos: perfil y formación del personal de enfermería	32
2.4.4.5	Tecnologías y herramientas utilizadas para la valoración y manejo del dolor	33
2.5	Teoría de Elizabeth Lenz	33
2.5.1	Relación de la investigación con la Teoría del Manejo de los Síntomas	33
2.5.2	Aplicación en la evaluación de la efectividad de las intervenciones de enfermería.....	34
CAPÍTULO III.....		36
MARCO METODOLÓGICO		36
3.1	Métodos, Técnicas	36
3.2	Tipo de estudio	36
3.3	Métodos	37
3.3.1	Unidad de análisis	37
3.3.2	Población y muestra	38
3.3.3	Criterios de inclusión y exclusión.....	38

3.3.4 Aspectos éticos.....	39
3.3.5 Definición de variables	40
3.3.6 Operativización de variables (cuadro)	41
3.4 Instrumentos.....	43
3.4.1 Descripción y planeación estudio piloto	43
3.5 Cronograma de actividades (Diagrama de Gantt)	45
3.6 Recursos.....	46
3.6.1 Recursos humanos	46
3.6.2 Recursos materiales	46
3.6.3 Recursos financieros	46
CAPÍTULO IV	47
4.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	47
CAPÍTULO V	59
5.1 CONCLUSIONES.....	59
5.2 RECOMENDACIONES	61
5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
5.4 ANEXOS.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	47
Tabla 2.....	48
Tabla 3.....	49
Tabla 4.....	50
Tabla 5.....	51
Tabla 6.....	52
Tabla 7.....	53
Tabla 8.....	54
Tabla 9.....	55
Tabla 10.....	56
Tabla 11.....	57
Tabla 12.....	58

RESUMEN

Este estudio se centró en describir las intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt. La metodología empleada fue un diseño descriptivo, de cohorte transversal, en el cual se utilizaron encuestas estructuradas dirigidas al personal de enfermería para recopilar información sobre las herramientas, protocolos y estrategias utilizadas en la valoración y manejo del dolor. El estudio se llevó a cabo entre enero a febrero 2025, enfocándose en las prácticas actuales en un momento específico. Cuyo objetivo fue describir las intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt. Uno de los aspectos clave del estudio fue la selección de una población compuesta por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Roosevelt, específicamente entre enero-febrero de 2025. La población total consistió en 34 personas, y dado que se trataba de una población pequeña y accesible, no fue necesario recurrir a una muestra, trabajando con el 100% de los individuos. Pudiendo concluir que: Un 73% de los encuestados siempre realiza un seguimiento del dolor después de las intervenciones, lo que refleja un compromiso generalizado con la evaluación continua. No obstante, el 27% restante no sigue este monitoreo de forma constante, lo que sugiere que aún existen oportunidades para mejorar la consistencia en la observación del dolor post-intervención y mejorar el bienestar del paciente dependiente.

INTRODUCCIÓN

El manejo adecuado del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) es un aspecto fundamental para garantizar la calidad de vida de los pacientes en situación crítica. En el contexto del Hospital Roosevelt, la unidad de cuidados intensivos pediátricos enfrenta retos constantes en la valoración y manejo del dolor en niños hospitalizados, dada la complejidad de sus condiciones clínicas y su capacidad limitada para comunicar su dolor. Esta situación destaca la relevancia de contar con un equipo de enfermería altamente capacitado y preparado para ofrecer una atención integral que no solo considere la intervención médica, sino también las estrategias emocionales y psico-sociales necesarias para minimizar el sufrimiento.

La importancia de este estudio radica en comprender cómo las intervenciones de enfermería en la UCIP contribuyen a la correcta valoración y manejo del dolor de los pacientes pediátricos. A través de una metodología descriptiva y una cohorte transversal, se llevó a cabo la investigación entre los meses de enero y febrero de 2025 en la que se exploraron las herramientas, protocolos y estrategias implementadas por el personal de enfermería. En particular, se hizo énfasis en el seguimiento y control post-intervención del dolor, que es un área clave para mejorar el bienestar de los pacientes y optimizar los resultados clínicos. Este análisis resulta de especial importancia debido a la prevalencia de complicaciones físicas y emocionales derivadas de un dolor mal gestionado, que afecta tanto a la recuperación del niño como a su desarrollo psicológico a largo plazo (Fernández, 2021).

A lo largo de este estudio, se concluyó que un 73% del personal de enfermería realiza un seguimiento constante del dolor posterior a las intervenciones, lo que refleja un compromiso con la evaluación continua, mientras que el 27% restante no monitorea el dolor de forma constante, lo que subraya la necesidad de mejorar la consistencia en las prácticas de valoración postoperatoria del dolor. Este

hallazgo abre un espacio para explorar cómo las estrategias actuales pueden ser reforzadas para garantizar una intervención más uniforme y eficaz, mejorando tanto la calidad de la atención como el confort de los pacientes.

El dolor en los pacientes pediátricos, especialmente en un entorno de cuidados intensivos, es una experiencia compleja que involucra dimensiones físicas, emocionales y psicológicas. Diversos estudios han demostrado que el manejo adecuado del dolor no solo previene complicaciones físicas, como la hipertensión o el incremento del riesgo de infecciones, sino que también incide de manera significativa en la reducción de trastornos emocionales que pueden perdurar más allá de la estancia hospitalaria (Fernández, 2021). En este sentido, la intervención de enfermería juega un papel fundamental al evaluar y monitorear el dolor mediante escalas validadas, administrar medicamentos adecuados y aplicar técnicas no farmacológicas complementarias, lo que permite ofrecer un cuidado integral que aborde todas las dimensiones del dolor.

Por otro lado, el uso de escalas para la valoración del dolor, como la CRIES, COMFORT y Wong-Baker, se considera crucial para garantizar una evaluación precisa en pacientes pediátricos, especialmente cuando la comunicación verbal no es posible. Esto permite a las enfermeras puedan identificar signos de dolor en niños no verbalizadores, como cambios en la expresión facial, el llanto o la frecuencia cardíaca, y aplicar intervenciones inmediatas para aliviar el sufrimiento (Pabón, Pineda, & Cañas, 2015). Además, la implementación de estrategias farmacológicas y no farmacológicas, adaptadas a las necesidades del paciente, constituye una parte esencial del enfoque multimodal, que tiene como objetivo optimizar el control del dolor y minimizar los efectos secundarios (Bárcena, 2014).

El manejo eficaz del dolor en UCIP no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también acelera su recuperación y reduce la duración de la hospitalización. Esto demuestra que el dolor no tratado adecuadamente puede tener repercusiones duraderas en el desarrollo físico y emocional de los niños, subrayando la

importancia de una intervención oportuna y continua. De esta forma, la educación al personal de enfermería y a las familias sobre las mejores prácticas de manejo del dolor es esencial para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes pediátricos hospitalizados en cuidados intensivos.

CAPÍTULO I

1. DIAGNÓSTICO

1.1 Justificación de la investigación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. En consecuencia, el dolor es una experiencia subjetiva que solo puede evaluarse por declaración de quien lo sufre, utilizando instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona.

La importancia de las intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos se debe a; mejorar la calidad de vida ya que el dolor no controlado puede afectar significativamente. Las intervenciones de enfermería adecuadas ayudan a aliviar el sufrimiento y mejorar el bienestar general del paciente. Como beneficio el manejo efectivo del dolor favorece la recuperación al permitir que los pacientes participen en la rehabilitación y en las actividades diarias, lo que es crucial para su recuperación física y emocional.

El dolor mal controlado puede llevar a diversas implicaciones como la inmovilidad, la ansiedad y el estrés, que a su vez pueden prolongar la estancia en los servicios de salud y afectar la recuperación. Las intervenciones de enfermería ayudan a prevenir estas complicaciones ya que se puede evaluar y monitorear continuamente utilizando herramientas y escalas adecuadas para identificar cambios en la condición del paciente, así mismo esto permite una respuesta rápida y efectiva a las necesidades.

Las valoraciones e intervención de enfermería tienen como beneficio la colaboración con otros profesionales de la salud, aseguran un enfoque integral en

el manejo del dolor abordando; tanto las necesidades físicas como emocionales del paciente.

La atención debe ser con un enfoque holístico que considere tanto la dimensión física como emocional, adaptando las intervenciones a las necesidades específicas de cada paciente y estas de la misma forma implican una valoración adecuada con herramientas de evaluación adaptadas a la población pediátrica, el manejo del dolor a través de intervenciones que pueden incluir la administración de analgésicos, técnicas no farmacológicas y la implementación de protocolos de analgesia multimodal, así mismo la prevención de complicaciones, mejora del bienestar, educación, apoyo emocional a los pacientes y familias, interdisciplinariedad, la documentación y seguimiento.

Con el tiempo las acciones cambian y estas innovan, como lo es en el caso del manejo y evaluación al dolor buscando no solo mejorar la calidad del cuidado en el paciente, sino también fomentar el bienestar general del mismo y su familia durante una etapa crítica y estresante por lo que el uso de tecnología ha desarrollado aplicaciones y dispositivos móviles que permiten a los profesionales de enfermería realizar valoraciones del dolor de manera más precisa y rápida, protocolos de analgesia multimodal, terapias no farmacológicas avanzadas, monitoreo continuo de dolor y la investigación y evidencia basada en prácticas lo que hace tener más factibilidad de controlar el dolor por medio las intervenciones de enfermería que se brindan en el servicio de salud de manera integral, considerando tanto los aspectos físicos como los emocionales del paciente.

El proceso de confort junto al paciente se realiza a partir de la interacción entre el profesional, el contexto y la voluntad de que suceda. Este proceso se caracteriza por la visión holística de la persona y por la planificación de la salud en asociación con el paciente o familia y demás actores, con base en el compromiso,

intencionalidad y mutualidad. La dependencia, la fragilidad y la vulnerabilidad del paciente, en concreto, compromete al enfermero en acciones confortadoras.

1.2 Planteamiento del problema

El manejo del dolor en pacientes pediátricos es un aspecto fundamental en la práctica de enfermería, especialmente en unidades de cuidados intensivos. Las intervenciones de enfermería juegan un papel clave en la valoración del dolor y la implementación de medidas eficaces para su alivio, lo que mejora la calidad de vida de los pacientes y apoya tanto a ellos como a sus familias durante el proceso de tratamiento. Es esencial que el personal de enfermería esté capacitado en el uso de herramientas basadas en evidencia para realizar una valoración precisa y aplicar intervenciones adecuadas.

El Hospital Roosevelt, al contar con una unidad de cuidados intensivos pediátricos, enfrenta retos constantes en cuanto a la gestión efectiva del dolor de los pacientes. Por ello, es necesario investigar qué intervenciones de enfermería se llevan a cabo actualmente en esta unidad para valorar y manejar el dolor en los pacientes pediátricos.

Por lo antes expuesto se procede a formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt durante los meses de enero a febrero 2025?

1.2.1 Definición del problema

La valoración y el manejo adecuado del dolor en pacientes pediátricos son aspectos esenciales en la atención de salud, especialmente en unidades de cuidados intensivos donde los pacientes se encuentran en situaciones críticas. El dolor no solo afecta el bienestar físico, sino también el emocional y psicológico de los niños, lo que hace imprescindible que el personal de enfermería cuente con los conocimientos y herramientas necesarias para intervenir de manera eficaz.

En el Hospital Roosevelt, la unidad de cuidados intensivos pediátricos enfrenta el desafío de proporcionar un manejo integral del dolor que considere tanto el aspecto físico como el apoyo emocional, espiritual de los pacientes y sus familias. No obstante, la implementación de intervenciones de enfermería en la valoración del dolor y la aplicación de medidas adecuadas de alivio no siempre sigue un protocolo uniforme, lo que podría influir en la calidad de los cuidados brindados.

La normativa legal y ética establece que es deber de los profesionales de salud garantizar que los pacientes reciban cuidados que minimicen su sufrimiento, lo que incluye el manejo adecuado del dolor. Este planteamiento se considera un problema de interés, ya que el dolor no tratado adecuadamente en pacientes pediátricos puede prolongar su recuperación, aumentar el riesgo de complicaciones y afectar negativamente su calidad de vida. La mejora en la capacitación del personal de enfermería en cuanto a la valoración y manejo del dolor es crucial para cumplir con los estándares éticos y legales en la atención médica.

La Teoría del Manejo de los Síntomas proporciona un marco conceptual sólido para guiar la práctica de enfermería en la atención a pacientes pediátricos con dolor. Esta teoría, desarrollada por Andreu Gift, Renee Milligan, Elizabeth Lenz y Linda Pugh, destaca la importancia de identificar y abordar los síntomas más comunes en contextos de cuidados paliativos y críticos, como el dolor, la fatiga y la

disnea. En el caso de las unidades de cuidados intensivos pediátricos, la valoración del dolor cobra especial relevancia, ya que influye directamente en la calidad de vida de los pacientes y en la planificación de intervenciones basadas en evidencia científica. La teoría enfatiza la necesidad de reconocer la aparición, expresión y consecuencias de los síntomas, lo que permite diseñar estrategias de manejo específicas y efectivas (Díaz J., Torres, Mora, & Cedeño, 2023).

En el contexto de la investigación planteada, esta teoría resulta particularmente útil, ya que establece que la atención debe centrarse no solo en la percepción del dolor, sino también en los factores que lo agravan o alivian. Al aplicar este marco teórico en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, se puede evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería al relacionarlas con la reducción del dolor y la mejora del bienestar emocional y físico de los pacientes. Esto refuerza la importancia de capacitar al personal de enfermería en técnicas de valoración y manejo del dolor que sean congruentes con las mejores prácticas establecidas por esta teoría (Díaz J., Torres, Mora, & Cedeño, 2023)

El estudio realizado por Tárraga et al. (2021), titulado Abordaje no farmacológico del dolor en pediatría desde la perspectiva de enfermería: Aplicación de materiales audiovisuales y Buzzy, tuvo como objetivo evaluar el abordaje multidisciplinario del dolor pediátrico. Se utilizó una metodología basada en una búsqueda estructurada y sistematizada en bases de datos como PubMed, Cuiden, SciELO, Cochrane Library y Cinahl, empleando términos como “Pain Assessment” y “Nonpharmacologic treatment”. Se incluyeron únicamente artículos en inglés y español publicados a partir de enero de 2015, priorizando estudios recientes y relevantes sobre el manejo no farmacológico del dolor en pediatría.

Asimismo, se actualizaron los recursos de formación disponibles relacionados con el manejo del dolor pediátrico, utilizando documentos de asociaciones nacionales como SEUP, SENEIO y AEPED, y artículos de las

publicaciones más recientes. Se complementó con información de la plataforma UpToDate mediante términos como “pain in children” y “pain in newborn”. El estudio concluyó que el control del dolor en pediatría es un desafío multidisciplinario en el que la enfermería desempeña un rol fundamental, no solo en la ejecución de procedimientos que pueden provocarlo, sino también en la aplicación de medidas no farmacológicas efectivas (Tarraga, Avila, Ríos, & Tárraga, 2021).

El estudio de Tárraga et al. resalta la importancia del enfoque multidisciplinario en el manejo del dolor pediátrico, subrayando el papel esencial de la enfermería en la implementación de intervenciones no farmacológicas como materiales audiovisuales y dispositivos como Buzzy®. A través de una revisión sistematizada de literatura reciente y relevante, se concluyó que estas estrategias complementan eficazmente los tratamientos tradicionales, disminuyendo el impacto del dolor en los pacientes pediátricos. En el contexto de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la formación del personal de enfermería en técnicas innovadoras y actualizadas, promoviendo una atención integral y humanizada para el manejo del dolor.

Pincay et al. (2021), en su estudio titulado Control y manejo del dolor en enfermería pediátrica, tuvieron como objetivo general analizar las estrategias de control y manejo del dolor implementadas por los profesionales de enfermería en el ámbito pediátrico. La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo y el paradigma positivista, utilizando el método documental-bibliográfico para analizar artículos arbitrados, tesis y documentos relevantes que permitieron estructurar el marco teórico. Asimismo, se aplicó el método inductivo-deductivo, enfatizando la importancia de basarse en hechos y datos concretos para alcanzar conclusiones fundamentadas, partiendo de afirmaciones generales hacia específicas.

Se concluyó que el control y manejo del dolor en enfermería pediátrica es una labor esencial que el personal de salud realiza diariamente en los centros asistenciales, buscando proporcionar una atención integral a los niños y sus familias. El profesional de enfermería desempeña un rol clave al brindar cuidados iniciales y orientación sobre los tratamientos correspondientes, aplicando escalas y guías para certificar el nivel de dolor. Estas acciones contribuyen a optimizar los procedimientos destinados a reducir el dolor en pacientes pediátricos, promoviendo una mejor calidad en los servicios ofrecidos por el sistema de salud (Pincay, Mastarreno, Briones, & Ponce, 2021).

Las intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt son fundamentales para garantizar una atención integral y humanizada. Según Pincay et al. el uso de estrategias basadas en evidencias, como escalas de valoración del dolor y protocolos estandarizados, fortalece la capacidad del personal de enfermería para identificar y tratar eficazmente el dolor en el ámbito pediátrico. Estas prácticas no solo optimizan los resultados clínicos de los pacientes, sino que también mejoran la experiencia de las familias, promoviendo la calidad y seguridad de los servicios de salud ofrecidos.

Pérez (2019), en su estudio titulado Evaluación y manejo del dolor por el personal profesional de enfermería en pacientes pediátricos en el Hospital General Isidro Ayora, tuvo como objetivo determinar el manejo del dolor por el personal de enfermería en pacientes pediátricos de dicho hospital. La metodología utilizada se caracterizó por ser un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo transversal. Este diseño permitió obtener datos numéricos a través de encuestas, proporcionando resultados estadísticos. El carácter transversal radicó en la recolección de datos en un único momento, mientras que el enfoque descriptivo permitió analizar la distribución de variables relacionadas con la evaluación y manejo del dolor pediátrico.

El estudio concluyó que el 100% de los profesionales evaluados manejan adecuadamente los aspectos característicos del dolor pediátrico. No obstante, el 53% indicó desconocer el indicador relacionado con las escalas de medición del dolor pediátrico. Asimismo, se evidenció que todos los profesionales aplican correctamente las intervenciones necesarias para el manejo del dolor y logran identificar el proceso del dolor en pacientes pediátricos. Estos hallazgos resaltan la importancia de reforzar la capacitación en el uso de escalas de medición específicas, optimizando así la calidad del cuidado brindado (Pérez, 2019).

El estudio de Pérez resalta la importancia de las intervenciones de enfermería en la adecuada valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos. A pesar de que los profesionales evaluados manejan correctamente las intervenciones necesarias, se identificó una deficiencia en el conocimiento sobre el uso de las escalas de medición del dolor, lo cual podría afectar la precisión en la valoración del dolor en estos pacientes. Este hallazgo subraya la necesidad de fortalecer la formación continua del personal de enfermería en el manejo adecuado de herramientas específicas, asegurando una atención más integral y efectiva en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Manrique (2019), en su tesis titulada Manejo del dolor pre y post operatorio en herniotomías con paracetamol en supositorios paciente pediátrico, tuvo como objetivo evaluar la eficacia del paracetamol en supositorios para el manejo del dolor en niños de 1 a 7 años con hernia inguinal sometidos a cirugía electiva en el Hospital Regional de Occidente. Se utilizó un estudio descriptivo comparativo prospectivo para analizar la administración de 20 mg/kg de paracetamol pre y post quirúrgico, observando la intensidad del dolor en este grupo pediátrico durante el año 2013. Los resultados mostraron que el paracetamol fue efectivo como analgesia anticipada para reducir el dolor preoperatorio, aunque insuficiente como único analgésico para controlar el dolor postoperatorio.

El análisis reveló que, tras recibir la dosis de paracetamol, solo el 7.4 % de los niños experimentó dolor moderado post quirúrgico, comparado con el 75 % de aquellos que no lo recibieron, lo que significó una reducción del dolor del 67.6 %. Asimismo, se concluyó que el uso del paracetamol en supositorios disminuyó significativamente la intensidad del dolor en este grupo de pacientes. La mayoría de los casos correspondió a niños de sexo masculino, con una distribución etaria balanceada entre 1 y 7 años. Este estudio destaca el impacto positivo del paracetamol en supositorios como parte de un manejo multimodal del dolor en herniotomías pediátricas (Manrique, 2019).

La intervención de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos en la unidad de cuidados intensivos es crucial para garantizar el bienestar de los niños en situaciones postoperatorias. El estudio de Manrique evidenció la eficacia del paracetamol en supositorios en la reducción del dolor preoperatorio en niños con hernia inguinal, aunque su efectividad como único tratamiento para el dolor postoperatorio resultó insuficiente. Esto resalta la importancia de emplear un enfoque multimodal en el manejo del dolor, donde enfermería juega un papel clave en la administración adecuada de fármacos y en la evaluación constante de la respuesta del paciente. La implementación de estrategias de manejo del dolor más completas y personalizadas es fundamental para optimizar los resultados en esta población vulnerable.

Medina (2020), en su estudio titulado Ventajas del bloqueo caudal más anestesia general vs anestesia general en el control del dolor postoperatorio en pacientes pediátricos sometidos a hernioplastia inguinal, buscó determinar las ventajas del bloqueo caudal (BC) combinado con anestesia general (AG) en comparación con solo AG. Se realizó un estudio analítico transversal entre marzo de 2017 y junio de 2018 en el Departamento de Anestesia Pediátrica del Hospital Roosevelt, evaluando a 25 pacientes con solo AG y 78 con AG + BC mediante la escala FLACC, dispositivos aéreos y consumo de medicamentos. Los resultados

mostraron una mediana de edad de 7 años en el grupo de AG y de 5 años en el grupo de AG + BC, predominando pacientes ASA I en ambos grupos.

Se concluyó que una menor necesidad de dispositivos aéreos invasivos en el grupo de BC ($p < 0.001$), con una reducción de 2.4 veces en el riesgo de usar tubo orotraqueal y 2.2 veces para máscara laríngea. Los puntajes FLACC fueron significativamente menores en el grupo de BC, con una diferencia mediana de 3 puntos ($p < 0.001$). Además, el uso de sevorano y fentanilo disminuyó notablemente en este grupo ($p = 0.033$ y 0.040), mientras que el consumo de analgésicos y relajantes musculares fue menor, aunque sin significancia estadística ($p = 0.136$ y $p = 0.124$). Estos hallazgos sugieren que el BC ofrece ventajas importantes en el manejo del dolor y la reducción de complicaciones anestésicas (Medina, 2020).

En el contexto de la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Roosevelt, los hallazgos del estudio de Medina resaltan la importancia de las intervenciones de enfermería en la gestión efectiva del dolor. El uso del bloqueo caudal combinado con anestesia general mostró una reducción significativa en la necesidad de dispositivos aéreos invasivos y una menor percepción de dolor, evidenciada por los puntajes FLACC más bajos. Estos resultados subrayan la eficacia de técnicas de manejo del dolor como el bloqueo caudal, que no solo mejora el bienestar del paciente, sino que también contribuye a una disminución en el consumo de medicamentos analgésicos y relajantes musculares, optimizando así el cuidado pediátrico en entornos críticos.

1.2.2 Delimitación del problema

1.2.2.1 Ámbito geográfico

Guatemala, Ciudad de Guatemala

1.2.2.2 Ámbito Institucional

Hospital Roosevelt-Departamento de pediatría

1.2.2.3 Ámbito personal

Personal auxiliar y enfermería

1.2.2.4 Ámbito temporal

Se realizó en los meses de enero a febrero 2025.

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Describir las intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Roosevelt.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Determinar las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor en pacientes pediátricos durante la estancia en el intensivo.

1.3.2.2 Identificar las herramientas utilizadas por el personal de enfermería para valorar y clasificar el dolor en pacientes pediátricos.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Manejo del dolor

El manejo del dolor en pediatría abarca un conjunto de estrategias diseñadas para evaluar, tratar y mitigar el dolor en pacientes infantiles, considerando tanto sus componentes físicos como emocionales. Este enfoque busca abordar el dolor agudo y crónico mediante prácticas basadas en evidencia, integrando herramientas específicas como escalas de valoración adaptadas a la edad y al nivel de desarrollo de cada paciente. Además, incluye la participación activa de la familia como parte del proceso de cuidado, reconociendo su rol fundamental en el apoyo emocional y la colaboración en la aplicación de intervenciones no farmacológicas (Hospital Gregorio Marañón, 2024).

La Asociación Americana de Pediatría enfatiza que los profesionales tienen la responsabilidad de minimizar el dolor infantil mediante un enfoque multimodal. Este enfoque combina intervenciones farmacológicas, como analgésicos y anestésicos, con métodos no farmacológicos, como la distracción, la relajación o el uso de materiales audiovisuales, adaptados a las necesidades individuales del niño. De esta manera, se promueve una atención integral que no solo alivia el dolor físico, sino que también contribuye a reducir el impacto emocional y psicológico del sufrimiento infantil, mejorando su calidad de vida y facilitando su recuperación (Hospital Gregorio Marañón, 2024).

2.1.1 Importancia del manejo del dolor en cuidados intensivos pediátricos

El manejo del dolor en cuidados intensivos pediátricos es esencial para garantizar el bienestar físico y emocional de los niños en estado crítico. Al ser un

derecho fundamental, la atención al dolor se vincula directamente con principios éticos y guías clínicas internacionales, destacando su impacto en la calidad de vida y en el proceso de recuperación. Un control adecuado del dolor previene complicaciones físicas y psicológicas, como el desarrollo de trastornos emocionales a largo plazo. Estudios han señalado que la experiencia de dolor no tratada en niños hospitalizados puede influir negativamente en su desarrollo psicológico, resaltando la necesidad de estrategias efectivas y personalizadas (Fernández, 2021).

Un manejo eficaz del dolor mejora significativamente los resultados clínicos, al facilitar la estabilidad fisiológica y emocional de los pacientes. La analgesia adecuada reduce la morbilidad, acorta la duración de hospitalización y disminuye el riesgo de complicaciones asociadas. En este contexto, el enfoque multimodal resulta indispensable, ya que combina terapias farmacológicas y no farmacológicas para maximizar los beneficios y minimizar riesgos. En unidades de cuidados intensivos, donde los procedimientos invasivos son frecuentes, estas estrategias garantizan un alivio integral del dolor, promoviendo la recuperación de los niños y fortaleciendo la calidad de la atención brindada (Fernández, 2021).

2.1.2 Rol de la enfermería en la valoración y manejo del dolor

El rol de la enfermería en la valoración y manejo del dolor en pediatría es crucial para garantizar un cuidado integral y enfocado en el bienestar del paciente. Las enfermeras desempeñan una función clave al evaluar el dolor mediante herramientas validadas como las escalas CRIES, COMFORT y Wong-Baker, adaptadas a las necesidades del desarrollo del niño. Este proceso incluye la observación minuciosa de signos no verbales en pacientes que no pueden expresarse, como cambios en el llanto, expresión facial o frecuencia cardíaca. El personal de enfermería no solo administra medicamentos siguiendo indicaciones médicas, sino que también implementa enfoques multimodales que combinan estrategias farmacológicas y no farmacológicas, como la distracción o el uso de

métodos físicos, para optimizar la analgesia y reducir el impacto del dolor (Pabón, Pineda, & Cañas, 2015).

La educación y el apoyo emocional son otros pilares fundamentales del rol de enfermería en este ámbito. Informar a los padres sobre cómo identificar el dolor en sus hijos y utilizar adecuadamente las herramientas de valoración fomenta una participación activa de las familias en el cuidado. El personal de enfermería brinda un respaldo emocional indispensable tanto para el niño como para su entorno familiar, creando un espacio de confianza y seguridad. A través de la colaboración interdisciplinaria, trabajan estrechamente con médicos y terapeutas para garantizar un tratamiento coherente y efectivo. El registro detallado de evaluaciones y tratamientos asegura un seguimiento continuo y facilita la toma de decisiones informadas, promoviendo una atención pediátrica de calidad (Pabón, Pineda, & Cañas, 2015).

2.1.3 Abordaje del dolor en pediatría: evolución histórica y actual

El manejo del dolor en pediatría ha recorrido un largo camino desde sus primeras interpretaciones en la antigüedad. Durante siglos, las culturas antiguas explicaban el dolor como una consecuencia de desequilibrios en el cuerpo o la mente. En muchas civilizaciones, este sufrimiento se asociaba a causas sobrenaturales, como la acción de demonios o espíritus malignos. Estas ideas dieron paso a prácticas que intentaban liberar a los pacientes de esa maldición a través de rituales y creencias místicas. Aunque rudimentarias, estas primeras aproximaciones reflejan el intento de tratar el dolor desde una perspectiva holística, aunque alejada de lo que hoy consideramos ciencia (Mozo, y otros, 2022).

El pensamiento griego antiguo, especialmente el de Hipócrates, comenzó a dar un giro hacia una comprensión más médica del dolor. Hipócrates veía el dolor como una alteración del equilibrio del cuerpo y recomendaba el uso de plantas como

el opio para aliviarlo. Años más tarde, Galeno también influyó en el entendimiento del dolor, planteando que se originaba en el cerebro, lo que marcó un avance hacia la conexión entre el sistema nervioso y la percepción del sufrimiento. Sin embargo, durante la Edad Media, muchas de estas ideas se diluyeron bajo la influencia de creencias religiosas que seguían explicando el dolor de formas más místicas, lo que retrasó un enfoque científico sobre el tema (Mozo, y otros, 2022).

Con el paso de los siglos, las ideas sobre el dolor se fueron ajustando a medida que la ciencia avanzaba. En el siglo XIX, con la introducción de la anestesia, los avances dieron un giro radical. Los descubrimientos sobre el uso del éter y el óxido nitroso transformaron por completo la medicina quirúrgica, permitiendo realizar operaciones sin que los pacientes sufrieran de manera extrema. Este progreso trajo consigo una nueva visión: el dolor debía ser controlado no solo por medios físicos, sino también de manera más sistemática. A pesar de este avance, los estudios sobre el dolor en niños, y especialmente en neonatos, no se tomaron en serio hasta las últimas décadas del siglo XX (Notejane, Bernadá, Ruiz, & Klisich, 2019).

En la década de 1980, un gran cambio de perspectiva tuvo lugar en el campo de la pediatría. Se reconoció que los niños, incluso los más pequeños, eran plenamente capaces de experimentar dolor, lo que llevó a la incorporación de tratamientos adecuados para su manejo. Esta toma de conciencia fue crucial, ya que durante mucho tiempo se había subestimado la capacidad de los niños para sentir dolor, basándose en la errónea creencia de que su sistema nervioso no estaba completamente desarrollado. La evolución de este entendimiento llevó a la creación de protocolos específicos para la analgesia pediátrica, brindando una mejor calidad de vida a los más pequeños (Notejane, Bernadá, Ruiz, & Klisich, 2019).

En 1979, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) propuso una definición más amplia y moderna del dolor. Según esta definición, el dolor es

una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño físico o potencial. Aunque esta descripción supuso un avance en la comprensión del dolor, pronto se identificaron limitaciones, especialmente cuando se trataba de niños pequeños o neonatos, que no podían expresar verbalmente su sufrimiento. Esto llevó a la comunidad científica a ampliar la definición para incluir no solo el componente físico, sino también aspectos emocionales, cognitivos y sociales, creando un enfoque más holístico y adaptado a las diversas formas en que los niños experimentan el dolor (López & Rivera, 2018).

Hoy en día, el manejo del dolor en pediatría es un campo en constante evolución que aboga por un enfoque multidisciplinario. En la práctica clínica actual, se da una gran importancia a la evaluación precisa del dolor infantil, utilizando escalas adaptadas a la edad y el desarrollo de cada niño. Los avances en el tratamiento incluyen una combinación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, con un enfoque en la personalización del tratamiento según las necesidades del paciente. Las estrategias incluyen desde el uso de analgésicos convencionales hasta terapias complementarias como la distracción y la relajación. Este enfoque integral se complementa con una creciente conciencia de la necesidad de educar tanto a los profesionales de salud como a las familias, asegurando que todos participen activamente en el manejo del dolor infantil (López & Rivera, 2018).

2.1.4 Estrategias farmacológicas y no farmacológicas en el control del dolor pediátrico

El manejo del dolor en pediatría es una prioridad en la atención médica, dado que una alta proporción de los niños hospitalizados experimentan molestias. Para ofrecer un alivio efectivo y minimizar el sufrimiento, es fundamental integrar estrategias farmacológicas y no farmacológicas. El tratamiento farmacológico incluye el uso de analgésicos no opioides, como el acetaminofén y los AINEs, ideales para el dolor leve o moderado. Cuando se requiere un control más intensivo,

se utilizan opioides como la morfina, especialmente en condiciones como el cáncer pediátrico. Los anestésicos locales y la sedación son opciones útiles en procedimientos quirúrgicos o invasivos (García, González, & Antúnez, 2017).

Las estrategias no farmacológicas complementan eficazmente el tratamiento farmacológico. Técnicas como la distracción, mediante juegos o dispositivos electrónicos, son esenciales para desviar la atención del niño del dolor. También se emplean métodos de relajación, como ejercicios de respiración o relajación guiada, para reducir la ansiedad. La estimulación sensorial, como el uso de dispositivos que combinan frío y vibración, ha demostrado ser útil para mitigar la incomodidad. Las intervenciones físicas, como masajes o compresas, son opciones efectivas en niños pequeños, mientras que el apoyo familiar juega un papel crucial en la reducción del estrés y la mejora de la experiencia durante el tratamiento (García, González, & Antúnez, 2017).

2.1.5 Importancia de la atención multidisciplinaria en el manejo del dolor infantil

La atención multidisciplinaria en el manejo del dolor infantil resulta crucial, ya que el dolor en los niños no solo involucra una sensación física, sino que también impacta en su bienestar emocional, psicológico y social. Integrar diferentes especialidades permite un enfoque más completo, donde médicos, psicólogos, fisioterapeutas y otros profesionales colaboran para abordar cada aspecto de la experiencia dolorosa. Esta atención integral mejora la calidad de vida del paciente al ofrecer soluciones tanto para los síntomas físicos como para los efectos emocionales que el dolor puede generar, como la ansiedad o la depresión (Reinoso, 2021).

El dolor infantil, aunque común, es una experiencia que a menudo no se trata de manera adecuada. Muchos niños sufren las consecuencias de un manejo

insuficiente del dolor, lo que resalta la necesidad de una atención especializada y continua. La atención multidisciplinaria tiene el potencial de mejorar significativamente los resultados, al combinar tratamientos médicos, terapias psicológicas y métodos de rehabilitación física. Sin embargo, la falta de recursos, la insuficiente formación en este ámbito y las barreras culturales siguen siendo desafíos importantes que limitan la implementación de un enfoque tan necesario y efectivo para el manejo del dolor infantil (Reinoso, 2021).

2.2 Teoría del Manejo de los Síntomas

La Teoría del Manejo de los Síntomas, creada por Andreu Gift y colaboradores, se ha convertido en un marco fundamental en el campo de la enfermería, especialmente en la atención de niños que enfrentan dolor y otros síntomas. Este enfoque proporciona una comprensión profunda y un manejo integral de los síntomas, con un enfoque particular en cómo estos afectan el bienestar de los pacientes pediátricos. La teoría aboga por un análisis detallado de las experiencias subjetivas de los pacientes, considerando no solo los síntomas visibles, sino también los factores internos y externos que los influyen (Díaz, Torres, Mora, & Cedeño, Teoría del manejo de síntomas desagradables para el cuidado de enfermería en cirugía, 2014).

La teoría se compone de tres aspectos esenciales: los síntomas, los factores que los afectan y los resultados de su impacto en las actividades diarias. En niños, esto se traduce en evaluar cómo el dolor y otros síntomas alteran su vida cotidiana y bienestar. Además, se destacan cuatro dimensiones clave para medir la experiencia de los síntomas: angustia, calidad, duración e intensidad. Implementar esta teoría en la práctica clínica permite a los enfermeros realizar evaluaciones más completas y desarrollar intervenciones personalizadas que aborden de manera efectiva el dolor y mejoren la calidad de vida del paciente, guiados por protocolos basados en evidencia (Díaz, Torres, Mora, & Cedeño, 2014).

2.2.1.1 Origen y desarrollo

La Teoría del Manejo de los Síntomas fue desarrollada en 1995 por Andreu Gift y un grupo de enfermeras investigadoras, incluyendo a Renee Milligan, Elizabeth Lenz y Linda Pugh. Nació de la necesidad de comprender de manera más profunda las diversas manifestaciones sintomáticas en los pacientes, especialmente aquellos que reciben cuidados paliativos. A lo largo de su desarrollo, la teoría evolucionó para ofrecer un enfoque que no solo describiera los síntomas, sino que también tuviera en cuenta cómo afectan el bienestar del paciente, su contexto familiar y social. En 1997, la teoría fue perfeccionada, consolidando su perspectiva multidimensional que abarca tanto los aspectos fisiológicos como emocionales de los síntomas (Espinoza & Valenzuela, 2011).

La Teoría se estructura en tres componentes clave: los síntomas, que son manifestaciones subjetivas de cambios en el funcionamiento del paciente; los factores influyentes, que incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y situacionales que alteran la experiencia del síntoma; y los resultados de desempeño, que se refieren al impacto de los síntomas en las actividades diarias y el bienestar general del paciente. Esta teoría identifica, además, cuatro dimensiones esenciales para comprender la experiencia del síntoma: intensidad, duración, calidad y angustia. Su aplicación práctica en los cuidados paliativos permite a los profesionales diseñar intervenciones personalizadas, abordando de manera integral tanto los síntomas físicos como las dimensiones emocionales y sociales, mejorando significativamente la calidad de vida del paciente (Espinoza & Valenzuela, 2011).

2.2.1.2 Aplicación en el cuidado pediátrico y manejo del dolor

La Teoría del Manejo de los Síntomas tiene un papel fundamental en el cuidado pediátrico, especialmente en el tratamiento del dolor y otros síntomas asociados a enfermedades graves. Desarrollada por Andreu Gift y su equipo, esta

teoría ofrece un enfoque integral para abordar los síntomas en los niños, considerando factores físicos, emocionales y sociales. En enfermedades complejas como el cáncer, la aplicación de este marco permite a los profesionales de la salud no solo tratar el dolor, sino también comprender cómo otros factores, como el ambiente familiar y las experiencias previas del niño, pueden influir en su percepción del sufrimiento (Zabala, 2018).

En el ámbito pediátrico, la evaluación y manejo del dolor deben ser considerados de manera exhaustiva. La teoría propone un análisis detallado de cada síntoma, abarcando su intensidad, duración, calidad e impacto en la vida diaria del niño. Esto permite diseñar intervenciones personalizadas que mejoren tanto los aspectos físicos como emocionales del dolor, lo cual es clave para la calidad de vida del paciente. Además, las estrategias basadas en esta teoría, como las dirigidas a manejar náuseas o fatiga, se han demostrado eficaces en la mejora del bienestar de los niños que atraviesan tratamientos oncológicos, facilitando su recuperación y adaptación a las circunstancias difíciles (Zabala, 2018).

2.3 Intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor

El manejo del dolor es una de las tareas más relevantes en la práctica de enfermería, especialmente en pacientes postquirúrgicos o aquellos con enfermedades crónicas. La intervención oportuna en el manejo del dolor no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también facilita la recuperación y reduce complicaciones. Para ello, la valoración precisa es crucial, ya que permite identificar el tipo y la intensidad del dolor, aspectos fundamentales para elegir el tratamiento adecuado. La enfermería debe evaluar cada caso de manera individualizada, utilizando escalas como la EVA, la ENV o la EEF, que permiten medir el dolor de forma objetiva y adaptada a las capacidades del paciente (Pereda, Chávez, & Torres, 2018).

Existen diversas opciones para abordar el dolor, tanto farmacológicas como no farmacológicas. Los analgésicos son esenciales en el tratamiento, desde los antiinflamatorios no esteroideos para dolores leves hasta los opioides para casos más severos. Además, los adyuvantes como los antidepresivos o anticonvulsivos son efectivos en el dolor neuropático. Sin embargo, las intervenciones no farmacológicas también juegan un papel importante. Técnicas como la acupuntura, la musicoterapia o ejercicios de relajación pueden ser de gran ayuda, especialmente cuando se personalizan según las preferencias y necesidades del paciente. Así, una combinación de enfoques mejora la efectividad del tratamiento, considerando tanto los aspectos físicos como emocionales del dolor (Pereda, Chávez, & Torres, 2018).

2.3.1 Definición de intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son cualquier acción llevada a cabo por un profesional de enfermería con el fin de mejorar la salud de un paciente, utilizando su conocimiento y juicio clínico. Estas acciones incluyen actividades preventivas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción de la salud, las cuales se diseñan de forma planificada según las necesidades de cada paciente. Al realizar estas intervenciones, se busca optimizar los resultados de salud, tanto a corto como a largo plazo, a través de un enfoque integral que contemple diversos aspectos del bienestar del paciente (Garro, 2022).

La clasificación de intervenciones de enfermería, conocida como NIC, organiza las distintas acciones posibles según varios aspectos de la salud del paciente. Dentro de esta estructura, se contemplan dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales, que guían la atención proporcionada. Así, las intervenciones pueden ser autónomas, realizadas sin necesidad de una orden médica; colaborativas, que implican la cooperación con otros profesionales; directas, que se llevan a cabo directamente sobre el paciente; o indirectas, que afectan al paciente sin realizarse sobre él de manera directa (Garro, 2022).

2.3.2 Valoración del dolor en pediatría

La evaluación del dolor en pediatría representa un desafío debido a las variaciones en la capacidad de comunicación y percepción en comparación con los adultos. Las herramientas de evaluación incluyen escalas conductuales y de autoinforme, que se seleccionan según la edad y el desarrollo cognitivo de cada niño. Instrumentos como Wong-Baker, VAS, COMFORT y FLACC han demostrado ser útiles y confiables en distintos grupos pediátricos. En casos complejos, como en unidades de cuidados intensivos, se adoptan múltiples estrategias, y en ocasiones se asume la presencia de dolor en ausencia de herramientas específicas. Aunque estos métodos son valiosos, persisten retos relacionados con la estandarización, lo que subraya la necesidad de más estudios que optimicen la precisión y efectividad de estas prácticas (Mayerhoffer & Friganović, 2023).

2.3.2.1 Escalas y herramientas utilizadas (FLACC, Wong-Baker, entre otras)

La valoración del dolor en pediatría requiere herramientas adecuadas para asegurar tratamientos efectivos según la edad y capacidad de los niños. Entre las más utilizadas se encuentra la escala FLACC, que evalúa cinco indicadores, como la expresión facial y el llanto, y se aplica en niños pequeños o con deterioro cognitivo. La escala Wong-Baker utiliza imágenes de rostros para identificar niveles de dolor en niños mayores de tres años. Por otro lado, la escala EVA es ideal para niños mayores de siete años, quienes marcan en una línea la intensidad del dolor. Para neonatos y lactantes, se emplean herramientas como la escala CRIES, enfocada en el dolor postoperatorio, y la PIPP-R, que considera indicadores fisiológicos y conductuales. En pacientes críticos, la escala COMFORT mide factores como agitación, sueño y signos vitales, siendo útil en contextos de ventilación mecánica (Hospital Universitario de Fuenlabrada, 2024).

2.3.2.2 Relevancia de la observación en pacientes no comunicativos

La evaluación del dolor en pacientes pediátricos no comunicativos, como neonatos o aquellos con discapacidades cognitivas, requiere un enfoque basado en la observación. La falta de comunicación verbal en estos pacientes representa un reto, ya que no pueden expresar directamente su malestar; esto puede llevar a que el dolor sea subestimado y, en consecuencia, mal manejado. Los profesionales de la salud deben prestar atención a indicadores no verbales como la expresión facial, movimientos corporales, el tipo de llanto y cambios fisiológicos, como alteraciones en la frecuencia cardíaca o respiratoria. Herramientas específicas, como la escala FLACC o la CRIES, permiten realizar una valoración sistemática del dolor a partir de estas observaciones. La importancia de este enfoque radica en garantizar un cuidado más preciso y humanizado, adaptado a las necesidades de estos pacientes (González, 2009).

2.3.3 Estrategias farmacológicas y su implementación por enfermería

La gestión del dolor pediátrico exige un abordaje planificado, donde los medicamentos son esenciales y el papel de enfermería resulta determinante. Entre los analgésicos más utilizados destacan los no opioides, como el paracetamol y los AINE, para casos leves o moderados; los opioides, como la morfina, indicados para cuadros severos; y los anestésicos locales, útiles en procedimientos específicos. La vía de administración varía según la intensidad del dolor; la oral se prefiere para molestias leves, mientras que la intravenosa ofrece control inmediato en situaciones críticas. Los enfermeros evalúan la intensidad del dolor mediante escalas adecuadas, administran los tratamientos siguiendo protocolos seguros y educan a los padres para que participen activamente en el proceso (Bárcena, 2014).

2.3.4 Técnicas no farmacológicas aplicadas por el personal de enfermería

El personal de enfermería emplea técnicas no farmacológicas que resultan fundamentales en el manejo del dolor pediátrico. Estas incluyen estrategias de distracción, como el uso de juegos, juguetes o videos, que desvían la atención del niño durante procedimientos incómodos. En el ámbito ambiental, un entorno calmado y la compañía de los padres contribuyen al confort emocional y reducen la ansiedad. Entre las técnicas físicas, la aplicación de compresas frías o calientes y el posicionamiento adecuado son recursos efectivos para minimizar la percepción del dolor. Finalmente, en neonatos, la administración de soluciones azucaradas ha mostrado eficacia para aliviar molestias generadas por procedimientos menores (Vallespir, 2020).

2.3.5 Capacitación y competencias necesarias para el manejo adecuado del dolor

El manejo adecuado del dolor en pediatría requiere que el personal de enfermería posea formación específica y habilidades técnicas que permitan abordar de manera integral esta necesidad. Es indispensable participar en programas educativos que profundicen en la fisiopatología del dolor infantil, el uso preciso de escalas de valoración y las estrategias multimodales para su tratamiento. La adquisición de competencias técnicas incluye la administración segura de medicamentos, incluidas sustancias controladas, y la aplicación de métodos no farmacológicos. Una evaluación constante del dolor, acompañada de ajustes oportunos en el tratamiento, asegura una atención efectiva. También es crucial fortalecer la comunicación con los pacientes y sus familias para explicar los procedimientos y tratamientos de forma comprensible, fomentando la confianza y el entendimiento mutuo (Diwan, 2024).

2.4 Conceptos principales

2.4.1 Dolor

El dolor representa una experiencia multifacética que abarca aspectos físicos y emocionales; su clasificación resulta esencial para que los especialistas comprendan su origen y sus características. Este proceso permite diferenciar entre dolores agudos y crónicos, neuropáticos o nociceptivos; cada tipo posee particularidades que requieren un abordaje específico. Reconocer estas variaciones facilita la selección de estrategias terapéuticas dirigidas a aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente; al mismo tiempo, contribuye a identificar posibles causas subyacentes que puedan necesitar atención médica inmediata o a largo plazo (García, y otros, 2012).

2.4.1.1 Clasificación (agudo, crónico, nociceptivo, neuropático)

El dolor agudo se caracteriza por aparecer de forma repentina y tener una duración limitada, generalmente asociado a una lesión o enfermedad aguda. Este tipo de dolor suele ser intenso y disminuye con el tratamiento adecuado, ya que su función principal es alertar sobre un daño potencial en el cuerpo. Por su parte, el dolor crónico persiste durante un periodo prolongado, generalmente más de tres meses, y no siempre está relacionado con un daño físico evidente. A menudo, afecta significativamente la calidad de vida del paciente, ya que puede ser constante o intermitente. En cuanto al dolor nociceptivo, surge de la activación de nociceptores en respuesta a estímulos dañinos o potencialmente dañinos, y se clasifica en somático o visceral, dependiendo de su localización. El dolor neuropático resulta de una lesión o enfermedad que afecta al sistema nervioso, y se describe como ardor, hormigueo o punzadas, siendo difícil de tratar en muchos casos (Watson, 2022).

2.4.2 Valoración del dolor

La valoración del dolor es un proceso esencial que requiere el uso de diversas escalas para medir su intensidad y características. Entre las escalas más utilizadas se encuentran la Escala Visual Análoga (EVA), donde el paciente indica su nivel de dolor en una línea horizontal que va desde "sin dolor" hasta "el peor dolor imaginable". La Escala Numérica Verbal (ENV) permite calificar el dolor en una escala del 0 al 10, donde 0 representa la ausencia de dolor y 10 el dolor más extremo. En pediatría, la Escala FLACC se enfoca en la observación de cinco categorías específicas, como la cara, las piernas, la actividad, el llanto y la consolabilidad. El Cuestionario McGill ofrece una evaluación multidimensional del dolor, considerando aspectos sensoriales, afectivos y evaluativos. La selección de la escala adecuada varía según el contexto clínico y la capacidad comunicativa del paciente (Morales, 2024).

2.4.3 Intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son esenciales para el manejo eficaz del dolor, implicando la evaluación continua de su intensidad mediante escalas adecuadas. La administración de analgésicos sigue pautas definidas para asegurar su correcta aplicación y monitoreo. Además, se incorporan técnicas no farmacológicas como distracción y relajación para complementar el tratamiento. Es fundamental ofrecer un entorno tranquilo que favorezca el bienestar del paciente. La educación al paciente y su familia sobre opciones y herramientas para comunicar mejor sus niveles de dolor también juega un papel vital. La colaboración interdisciplinaria permite desarrollar un enfoque integral para abordar todas las dimensiones del dolor (Vicente, Delgado, Bandrés, Ramírez, & Capdevilla, 2018).

2.4.4 Hospital Roosevelt

La construcción del Hospital Roosevelt en Guatemala comenzó en 1944 en terrenos de la antigua finca "La Esperanza". Este proyecto fue impulsado por el Instituto de Asuntos Interamericanos y el SCISP, quienes buscaron atender las necesidades crecientes de salud en el país. Originalmente concebido para albergar 300 camas, la capacidad fue expandida a 1,000 debido a la creciente demanda de servicios médicos (Hospital Roosevelt, 2024).

La primera sección del hospital se inauguró el 15 de diciembre de 1955 con un costo total de Q8,282,831.33. El Gobierno de Guatemala contribuyó con aproximadamente el 87% del financiamiento, mientras que el Gobierno de los Estados Unidos aportó un millón de quetzales. A lo largo de los años, el hospital ha continuado su evolución, incorporando nuevas especialidades médicas y estableciendo una escuela de enfermería para la formación de profesionales en salud (Hospital Roosevelt, 2024).

2.4.4.1 Misión, visión y funciones principales

El Hospital Roosevelt tiene como misión ofrecer atención médica integral y de calidad a la población guatemalteca, centrando sus esfuerzos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Además, promueve la formación y capacitación del personal médico y paramédico, asegurando que los servicios sean accesibles para todos los ciudadanos (Hospital Roosevelt, 2024).

Su visión es consolidarse como un referente en salud pública en Guatemala, buscando la mejora continua de sus servicios y garantizando la eficiencia en la atención médica. Las funciones principales del hospital incluyen brindar atención especializada y general, desarrollar programas de salud pública, capacitar a profesionales en el ámbito de la salud y contribuir con investigaciones que impulsen

el avance médico y fortalezcan el sistema sanitario nacional (Hospital Roosevelt, 2024).

2.4.4.2 Organización y recursos disponibles

El Hospital Roosevelt está compuesto por diversas unidades médicas que atienden múltiples especialidades, como pediatría, ginecología, cirugía general y medicina interna. Su enfoque se extiende a la atención integral de pacientes mediante un equipo multidisciplinario formado por médicos, enfermeras, técnicos y personal administrativo. La infraestructura del hospital está diseñada para satisfacer las necesidades específicas de cada área, con edificios dedicados a maternidad, pediatría y servicios quirúrgicos. Además, cuenta con tecnología médica avanzada para el diagnóstico y tratamiento, incluyendo laboratorios especializados que garantizan la atención de calidad (Hospital Roosevelt, 2024).

Asimismo, el Hospital Roosevelt mantiene una estrecha colaboración con instituciones educativas para la formación de futuros profesionales de la salud. Esta relación fortalece el sistema sanitario del país al integrar la enseñanza con la práctica clínica, permitiendo la actualización constante de conocimientos y el desarrollo de nuevas competencias en el ámbito médico. La combinación de recursos humanos capacitados y una infraestructura adecuada contribuye significativamente al mejoramiento continuo del servicio hospitalario (Hospital Roosevelt, 2024).

2.4.4.3 Infraestructura de la unidad de cuidados intensivos pediátricos

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Roosevelt ofrece atención especializada para niños en condiciones críticas. Con una capacidad aproximada de 10 a 12 camas, cada una equipada con tecnología avanzada para monitoreo constante, se busca garantizar la estabilidad del paciente.

Además, se utilizan monitores especializados para el seguimiento continuo de los signos vitales, lo que permite una detección oportuna de cualquier cambio en su estado. La unidad cuenta con ventiladores mecánicos, bombas de infusión y otros dispositivos médicos esenciales para el manejo intensivo de las condiciones graves (Hospital Roosevelt, 2024).

La infraestructura de la UCIP está diseñada para proporcionar un ambiente controlado y seguro, minimizando el riesgo de infecciones y promoviendo la comodidad tanto de los pacientes como de sus familias. Este enfoque integral asegura no solo la atención médica, sino también el apoyo emocional necesario durante tratamientos críticos. La combinación de equipos de alta tecnología y un entorno adecuado permite una atención de calidad en situaciones complejas (Hospital Roosevelt, 2024).

2.4.4.4 Recursos humanos: perfil y formación del personal de enfermería

El personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Roosevelt es fundamental para la atención de pacientes críticos. Las enfermeras especializadas poseen formación específica en cuidados intensivos pediátricos, con conocimientos avanzados en farmacología, manejo de equipos médicos y protocolos de emergencia. Además, participan en programas de capacitación continua que les permiten actualizar sus habilidades y adaptar las mejores prácticas al cuidado de los niños en estado crítico (Hospital Roosevelt, 2024).

La formación del personal incluye títulos universitarios en enfermería y especializaciones en cuidados intensivos pediátricos. También se promueve la participación en talleres, conferencias y cursos para profundizar en temas relevantes y mantener un nivel actualizado de conocimiento en su campo profesional. En este entorno multidisciplinario, la colaboración con médicos

intensivistas, terapeutas respiratorios y otros profesionales es esencial para garantizar una atención integral y de calidad (Hospital Roosevelt, 2024)

2.4.4.5 Tecnologías y herramientas utilizadas para la valoración y manejo del dolor

En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Roosevelt, se emplean diversas tecnologías y herramientas para la valoración y manejo del dolor en niños. Los monitores de signos vitales juegan un papel fundamental al ofrecer un seguimiento continuo del estado hemodinámico del paciente, permitiendo la detección oportuna de cambios asociados al dolor. Asimismo, las bombas de infusión garantizan un control preciso en la administración de medicamentos analgésicos y sedantes, asegurando la seguridad y eficacia del tratamiento. Adicionalmente, se integran terapias complementarias como la musicoterapia y el uso de juguetes terapéuticos, diseñadas para aliviar la percepción del dolor y mejorar la experiencia hospitalaria de los pequeños pacientes (Hospital Roosevelt, 2024).

Estas herramientas avanzadas buscan abordar tanto los aspectos físicos como emocionales del dolor infantil, proporcionando una atención integral y personalizada. La combinación de tecnología de monitoreo con enfoques terapéuticos permite a los profesionales de la salud optimizar la gestión del dolor, mejorando así el bienestar general de los pacientes pediátricos. La implementación de estas estrategias es esencial para garantizar una recuperación más rápida y menos traumática para los niños en situaciones críticas (Hospital Roosevelt, 2024).

2.5 Teoría de Elizabeth Lenz

2.5.1 Relación de la investigación con la Teoría del Manejo de los Síntomas

La Teoría del Manejo de los Síntomas es esencial para entender y tratar el dolor en pacientes pediátricos. Esta teoría subraya la importancia de una evaluación completa que considera diversos aspectos del dolor, como su intensidad,

características y el impacto en la vida diaria del paciente. En pediatría, donde los niños pueden no ser capaces de expresar verbalmente su dolor, se utilizan herramientas como la escala FLACC o Wong-Baker para evaluar de manera más integral. Además, se deben tomar en cuenta los factores biopsicosociales que afectan la percepción del dolor, incluyendo el contexto familiar y social, lo cual es fundamental para desarrollar intervenciones adecuadas (Laguado & Gómez, 2014).

La personalización del tratamiento es otro aspecto destacado de la Teoría del Manejo de los Síntomas en pediatría. Un enfoque continuo y adaptativo es clave para ajustar las intervenciones según las necesidades cambiantes del paciente. Además, la colaboración interdisciplinaria es esencial, ya que permite abordar todos los aspectos del dolor desde distintas especialidades, como medicina, enfermería, psicología y terapia, mejorando así la calidad de la atención.

2.5.2 Aplicación en la evaluación de la efectividad de las intervenciones de enfermería

La Teoría del Manejo de los Síntomas ofrece un marco que facilita la evaluación y el manejo de los síntomas en pacientes, especialmente relevante en contextos pediátricos donde la comunicación del dolor puede ser limitada. Esta teoría aboga por una evaluación integral que considera diversas dimensiones del síntoma, como la intensidad, calidad y duración, permitiendo a los profesionales adaptar sus estrategias de intervención. Además, al abordar los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales, se busca una personalización del cuidado que mejore significativamente la experiencia del paciente (Laguado & Gómez, 2014).

Las intervenciones basadas en esta teoría se centran en protocolos estandarizados que integran prácticas científicamente validadas. Estos protocolos utilizan escalas de evaluación del dolor y técnicas como la distracción o la

musicoterapia, adaptadas a las necesidades específicas de los niños. La evaluación continua también es fundamental, ya que permite ajustar las estrategias según la respuesta individual, garantizando un manejo del dolor más efectivo y centrado en el paciente.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Métodos, Técnicas

El presente estudio adoptó un enfoque cuantitativo y de cohorte transversal lo que permitió analizar las intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, en el período comprendido durante los meses de enero a febrero 2025. El diseño del estudio permitió recolectar datos en un momento específico, proporcionando una visión detallada sobre las prácticas implementadas por el personal de enfermería.

Se empleó una encuesta estructurada dirigida al personal de enfermería con el objetivo de recolectar información precisa y relevante sobre las herramientas y protocolos utilizados para la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos. Esta encuesta fue diseñada de manera rigurosa, asegurando que las preguntas abordaran aspectos clave como el uso de escalas de valoración, las estrategias farmacológicas y no farmacológicas implementadas, así como la frecuencia con la que se aplican estas intervenciones en la práctica clínica. Además, se buscó incluir ítems que permitieron identificar las percepciones del personal sobre la efectividad de los métodos empleados y las posibles limitaciones en su implementación.

3.2 Tipo de estudio

El presente estudio se considera de tipo descriptivo, diseñado para analizar y caracterizar las intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Roosevelt. El enfoque cuantitativo del estudio permitió recopilar información específica en un momento determinado, describiendo las prácticas actuales del personal de enfermería sin intervenir en ellas. La naturaleza de la cohorte transversal del estudio

facilita la identificación de tendencias, herramientas utilizadas y protocolos aplicados en el manejo del dolor, proporcionando una base sólida para evaluar el estado actual de las estrategias de cuidado y su alineación con estándares basados en evidencia científica.

3.3 Métodos

El método adoptado en este estudio fue de enfoque cualitativo, de descriptivo y de cohorte transversal, diseñada para identificar y analizar las intervenciones de enfermería relacionadas con la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Roosevelt. Se recopilaron datos mediante técnicas como encuestas estructuradas al personal de enfermería. Estas herramientas permitieron obtener una visión integral de las prácticas actuales, enfocándose en la aplicación de escalas de valoración del dolor, estrategias farmacológicas y no farmacológicas, y el seguimiento continuo de estas intervenciones.

3.3.1 Unidad de análisis

La unidad de análisis de este estudio fue conformada por el personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt durante el periodo de enero a febrero de 2025. Este grupo incluyó a enfermeros y enfermeras responsables de la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos, quienes desempeñan un rol clave en la implementación de estrategias terapéuticas tanto farmacológicas como no farmacológicas. La selección de esta unidad de análisis permitió explorar y describir las intervenciones específicas realizadas, así como identificar las herramientas y protocolos utilizados para garantizar un manejo adecuado del dolor en una población particularmente vulnerable.

3.3.2 Población y muestra

La población de este estudio estuvo conformada por el personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, durante el periodo comprendido entre enero-febrero de 2025.

El universo de este estudio estuvo constituido por todo el personal de enfermería que presta servicios en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt que en su totalidad estaba constituido por 34 personas. Dado que se trata de una población finita y de fácil acceso, se trabajó con el 100% de los individuos que la componen, eliminando así la necesidad de recurrir a una muestra.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para este estudio fueron los siguientes:

- Personal de enfermería que laboró en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Roosevelt durante el periodo de enero-febrero de 2025.
- Enfermeros(as) con al menos 6 meses de experiencia en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.
- Personal dispuesto a participar en el estudio y a proporcionar información relevante a través de las encuestas, entrevistas y observación directa.

Los criterios de exclusión fueron:

- Personal de enfermería que no esté directamente involucrado en la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos.
- Enfermeros(as) con menos de 6 meses de experiencia en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.
- Personal que se niegue a participar en el estudio o que no pueda ser ubicado durante el periodo de recolección de datos.

3.3.4 Aspectos éticos

En el desarrollo de este estudio se aplicaron los principios éticos fundamentales de la investigación con seres humanos, garantizando que todos los participantes fueran tratados con respeto y que se protegieran sus derechos.

- **Beneficencia:** Se buscó maximizar los beneficios para los pacientes y la práctica de enfermería, proporcionando información valiosa que permitió mejorar las intervenciones de manejo del dolor en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, con el objetivo de mejorar la calidad de atención.
- **No maleficencia:** Durante la recolección de datos, se tomó medidas para evitar cualquier daño físico, emocional o psicológico a los participantes. El estudio no intervino en las prácticas diarias del personal de enfermería y se garantizó la confidencialidad de la información obtenida.
- **Justicia:** Todos los enfermeros y enfermeras de la unidad de cuidados intensivos pediátricos tuvieron igualdad de oportunidad para participar en el estudio. Además, los resultados fueron utilizados para mejorar las intervenciones de manera equitativa, sin distinción de roles o especialización.
- **Autonomía:** Se aseguró que la participación en el estudio fuera completamente voluntaria. Todos los participantes fueron informados detalladamente sobre el propósito, procedimientos y posibles riesgos del estudio mediante un consentimiento informado. Este documento fue proporcionado y explicado de manera clara, lo que garantizó que los profesionales comprendieran plenamente su participación en el estudio y sus derechos, incluyendo la libertad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Se tomó especial cuidado en mantener la privacidad de los participantes, protegiendo la información obtenida y asegurando que los resultados fueran utilizados únicamente para los fines del estudio.

3.3.5 Definición de variables

En este estudio, se identificaron las siguientes variables, que fueron esenciales para el análisis de las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor en pacientes pediátricos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Roosevelt.

Variable independiente:

- **Intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor:** Esta variable incluyó las diversas acciones realizadas por el personal de enfermería para evaluar y tratar el dolor en pacientes pediátricos. Las intervenciones pueden ser tanto farmacológicas (como la administración de analgésicos) como no farmacológicas (como técnicas de distracción o terapia de calor/frío). Se medirá el tipo de intervención, su frecuencia y la aplicación de protocolos estandarizados para la valoración del dolor.

Variable dependiente:

- **Nivel de control del dolor en pacientes pediátricos:** Esta variable reflejó la efectividad de las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor en los pacientes pediátricos. Se midió a través de escalas de valoración del dolor adaptadas a la edad del paciente, como la escala FLACC, Wong-Baker o la escala de EVA, con el fin de evaluar la intensidad del dolor y su evolución después de las intervenciones de enfermería. El control del dolor se considera la medida principal de la efectividad de las estrategias de intervención utilizadas por el personal de enfermería.

3.3.6 Operativización de variables (cuadro)

Cuadro 1.

Operativización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores/ Unidades de medida	Ítem
Intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor	Conjunto de acciones implementadas por los profesionales de enfermería para evaluar y tratar el dolor en los pacientes pediátricos. Incluye intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, basadas en protocolos de cuidados.	Las intervenciones de enfermería se interpretan como las acciones y métodos que el personal de enfermería utiliza para valorar y tratar el dolor en pacientes pediátricos, de acuerdo con los protocolos establecidos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.	1. Uso de escalas de valoración del dolor (FLACC, Wong-Baker, EVA). 2. Administración de analgésicos (tipo y dosis). 3. Aplicación de técnicas no farmacológicas (distracción, terapia de calor/frío).	Preguntas de la 1-6 del instrumento

Clasificación del dolor en pacientes pediátricos	Grado de alivio del dolor alcanzado en los pacientes pediátricos como resultado de las intervenciones aplicadas. El control del dolor se mide en función de la reducción en la intensidad del dolor, según lo reportado por las escalas de valoración.	El control del dolor se medirá mediante la evaluación de la intensidad del dolor de los pacientes pediátricos antes y después de las intervenciones de enfermería, utilizando escalas de valoración validadas.	1. Nivel de dolor antes de los procedimientos quiroprácticos. 2. Nivel de dolor después de los procedimientos quiroprácticos. 3. Porcentaje de reducción del dolor ante el procedimiento.	Preguntas de la 7-12 del instrumento
--	--	--	---	--------------------------------------

3.4 Instrumentos

Para el proceso de recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado diseñado específicamente para este estudio, basado en los métodos descritos previamente. Este instrumento constó de 12 preguntas de opción múltiple, distribuidas en dos secciones principales: las intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor, y el nivel de control del dolor en pacientes pediátricos. Dado que el instrumento fue construido para este estudio, se validó mediante la revisión de expertos en manejo del dolor pediátrico y enfermería intensiva, y se realizó una prueba piloto para garantizar la claridad y pertinencia de las preguntas.

Los componentes del instrumento incluyeron preguntas relacionadas con las herramientas de valoración del dolor, la frecuencia de las intervenciones, las técnicas utilizadas, la evaluación de su efectividad y los resultados observados en el nivel de dolor. La medición se realizó mediante la frecuencia de selección de las opciones por los participantes, permitiendo analizar tendencias y prácticas comunes. Los resultados se presentaron en tablas, que reflejaron los patrones de intervención y la percepción de su impacto en el control del dolor.

3.4.1 Descripción y planeación estudio piloto

El estudio piloto tuvo como propósito evaluar la claridad y eficacia de un cuestionario diseñado para medir las intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos críticos en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Roosevelt. La muestra estuvo conformada por 15 profesionales de enfermería, lo que representó el 41% del personal de la unidad. Los participantes completaron un cuestionario estructurado con 12 ítems relacionados con conocimientos, prácticas e intervenciones en el manejo del dolor.

El proceso inició con la obtención de los permisos éticos y administrativos necesarios del Hospital Roosevelt, asegurando la conformidad con las normativas

vigentes. Se convocó al personal seleccionado para explicar los objetivos del estudio y presentar el consentimiento informado, asegurando su participación voluntaria y la confidencialidad de los datos. Los cuestionarios fueron distribuidos en formato impreso y recolectados personalmente por la investigadora, lo que garantizó la integridad de los datos y evitó pérdidas de información. Los resultados se analizaron mediante herramientas estadísticas en Microsoft Excel para identificar tendencias y áreas de mejora en las prácticas de enfermería.

Los resultados preliminares reflejaron que las intervenciones farmacológicas son percibidas como más efectivas, aunque también se emplearon técnicas no farmacológicas como la distracción y la terapia de calor/frío. Además, se observó que el manejo del dolor era evaluado frecuentemente, destacando el uso de escalas como Wong-Baker y FLACC. Este análisis permitió asegurarse de la pertinencia y confiabilidad de las herramientas utilizadas en la investigación.

3.5 Cronograma de actividades (Diagrama de Gantt)

Cuadro 2.

Actividad	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del problema	■	■																		
Revisión del marco teórico			■	■																
Diseño metodológico					■	■														
Elaboración del instrumento							■	■												
Validación del instrumento									■	■										
Recopilación de datos											■	■	■							
Análisis de datos														■	■					
Redacción de resultados																■	■			
Elaboración del informe final																		■	■	
Presentación del informe final																				■

3.6 Recursos

3.6.1 Recursos humanos

Para la realización del estudio, se requirió la colaboración de un equipo de investigación conformado por:

- Investigadora
- Personal de enfermería participante: sujetos del estudio, quienes aportarán información mediante las encuestas.
- Asesor académico: encargado de supervisar el diseño y desarrollo metodológico del estudio.

3.6.2 Recursos materiales

Los recursos materiales necesarios incluyeron:

- Instrumentos de recolección de datos: cuestionarios impresos
- Equipo tecnológico: computadora para la tabulación y análisis de datos, software de análisis estadístico (Excel).
- Material de oficina: papelería, bolígrafos, carpetas y marcadores.
- Acceso a la unidad de cuidados intensivos pediátricos para observación y aplicación del instrumento.

3.6.3 Recursos financieros

El costo del estudio incluyó los siguientes rubros:

- Impresión de cuestionarios y materiales relacionados: Q300.00
- Licencia temporal para software estadístico: Q1,200.00
- Papelería y otros insumos: Q200.00
- Transporte para visitas al hospital: Q500.00
- Honorarios del asesor (si aplica): Q5,000.00

Total, estimado: Q7, 200.00

Esta estimación consideró únicamente los recursos básicos necesarios para llevar a cabo la investigación de manera eficiente y con resultados confiables.

CAPÍTULO IV

4.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1

¿Qué escala de valoración del dolor utiliza con mayor frecuencia en los pacientes pediátricos?

Respuesta	F	%
FLACC	15	44%
Wong-Baker	18	53%
EVA	1	3%
CRIES	0	0%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

La escala FLACC fue empleada por el 44% de los encuestados, mientras que la escala de Wong-Baker fue la más frecuente, con un 53%. La escala EVA solo fue mencionada por el 3% de los participantes, y la escala CRIES no registró uso alguno (0%). Estos datos reflejan una preferencia marcada hacia la escala Wong-Baker, seguida de la FLACC.

La elección de escalas como la Wong-Baker y la FLACC coincide con lo señalado por Pereda, Chávez y Torres (2018), quienes destacan la importancia de utilizar herramientas adaptadas a las capacidades del paciente. La Wong-Baker, con su enfoque visual y sencillo, facilita la comunicación con niños, mientras que la FLACC es útil en pacientes no verbales. La escasa utilización de la EVA y la ausencia de la CRIES podrían deberse a su menor aplicabilidad en pediatría, respaldando la idea de que la selección de escalas debe ser individualizada según las características del paciente.

Tabla 2

¿Con qué frecuencia administra analgésicos a los pacientes pediátricos?

Respuesta	F	%
Siempre que el cliente manifiesta dolor	10	29%
Solo cuando el médico lo indica	16	47%
En base a una evaluación del dolor	8	24%
Rara Vez	0	0%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

Se observó que el 47% de los encuestados administra analgésicos a los pacientes pediátricos solo cuando el médico lo indica, mientras que el 29% lo hace siempre que el paciente manifiesta dolor. Un 24% basa la administración en una evaluación del dolor, y ningún participante reportó hacerlo rara vez. Estos resultados reflejan que, aunque la mayoría de los profesionales siguen indicaciones médicas, una proporción significativa prioriza la manifestación del dolor o su evaluación, lo que sugiere una atención centrada en el paciente.

Al contrastar estos hallazgos, se evidencia que el manejo del dolor en pediatría debe ser integral y basado en evaluaciones continuas, tal como lo señalan García, González y Antúnez (2017). Sin embargo, los resultados muestran que casi la mitad de los encuestados depende exclusivamente de las indicaciones médicas. Esto contrasta con la recomendación de integrar estrategias farmacológicas y no farmacológicas para minimizar el sufrimiento.

Tabla 3

¿Qué técnicas no farmacológicas utiliza regularmente para el manejo del dolor?

Respuesta	F	%
Distracción (juegos, videos)	10	29%
Terapia de Calor/frío	11	33%
Masajes	3	9%
Ninguno	10	29%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

Los resultados obtenidos indican que el 33% de los participantes utiliza la terapia de calor o frío como técnica no farmacológica para el manejo del dolor. La distracción mediante juegos o videos fue seleccionada por el 29%, mientras que los masajes solo fueron empleados por el 9% de los encuestados. Un porcentaje significativo (29%) indicó no utilizar ninguna técnica. Esto refleja la preferencia por enfoques físicos y de distracción en el manejo del dolor.

Al contrastar estos resultados con lo citado por García, González y Antúnez (2017), se confirma que las estrategias no farmacológicas, como la distracción mediante juegos y la terapia de calor o frío, son herramientas efectivas para el manejo del dolor. El escaso uso de masajes contrasta con la recomendación bibliográfica, que los destaca como útiles en niños pequeños. Además, el elevado porcentaje de personas que no utiliza ninguna técnica pone en evidencia una posible falta de conocimiento sobre las múltiples opciones no farmacológicas existentes.

Tabla 4

¿Con qué frecuencia realiza seguimiento del nivel de dolor después de una intervención?

Respuesta	F	%
Siempre	25	73%
Frecuentemente	4	12%
Algunas veces	5	15%
Nunca	0	0%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

El análisis de la pregunta relacionada con la frecuencia del seguimiento del nivel de dolor después de una intervención mostró que el 73% de los encuestados indicó realizar siempre este monitoreo, mientras que el 12% lo realiza frecuentemente y el 15% lo hace algunas veces. Es significativo que ningún encuestado respondió que nunca efectúa el seguimiento del dolor, lo que refleja un compromiso generalizado con la evaluación continua del estado del paciente.

Estos hallazgos están alineados con lo que subraya el rol esencial de la enfermería en la valoración constante del dolor pediátrico (Pabón, Pineda & Cañas, 2015). Según los autores, el uso de herramientas validadas, como las escalas CRIES y Wong-Baker, permite al personal de enfermería identificar signos relevantes del dolor. Aunque la mayoría de los participantes realizan este seguimiento de forma permanente, el hecho de que un 27% no mantenga una frecuencia constante indica oportunidades para fortalecer la aplicación de estrategias basadas en la observación sistemática y el manejo integral del dolor en pediatría, combinando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

Tabla 5

¿Cuáles son los protocolos utilizados para la administración de analgésicos?

Respuesta	F	%
Protocolos establecidos por el hospital	4	12%
indicaciones del médico tratante	29	85%
Mi propio criterio	1	3%
No sigo ningún protocolo específico	0	0%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

En la tabla de resultados sobre los protocolos utilizados para la administración de analgésicos, el 85% de los encuestados indicó que siguen las indicaciones del médico tratante, mientras que el 12% reportó aplicar protocolos establecidos por el hospital. Solo un 3% afirmó utilizar su propio criterio para esta tarea, y ningún participante mencionó no seguir algún protocolo específico. En total, se contó con 34 respuestas válidas, alcanzando un 100% de participación en esta pregunta.

Al analizar estos datos, se observa que la mayoría de los encuestados prioriza la indicación médica, lo cual concuerda con la gestión planificada del dolor pediátrico, donde los enfermeros desempeñan un rol clave en la administración segura de analgésicos (Bárcena, 2014). No obstante, el escaso uso de protocolos institucionales (12%) contrasta con la literatura que sugiere la importancia de guías estandarizadas para asegurar un tratamiento eficaz y seguro. Esto evidencia una oportunidad de mejora en la implementación y seguimiento de protocolos hospitalarios para optimizar el manejo del dolor pediátrico.

Tabla 6

¿Cómo evalúa la efectividad de las intervenciones aplicadas para el manejo del dolor?

Respuesta	F	%
Escalas de valoración del dolor	4	12%
Observación de signos y síntomas del paciente	30	88%
Retroalimentación del paciente y la familia	0	0%
No realizó evaluaciones específicas	0	0%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

De acuerdo con los datos obtenidos, el 88% de los participantes evalúa la efectividad de las intervenciones aplicadas para el manejo del dolor mediante la observación de signos y síntomas del paciente, mientras que el 12% utiliza escalas de valoración del dolor. No se reportaron casos de evaluación mediante retroalimentación del paciente y la familia ni situaciones donde no se realizarán evaluaciones específicas.

Al contrastar estos resultados con lo citado por Vicente, Delgado, Bandrés, Ramírez, y Capdevilla (2018), se observa una discrepancia significativa respecto al uso recomendado de escalas de valoración del dolor, que deberían ser herramientas primordiales para una evaluación objetiva. La baja adopción de estas escalas en la práctica podría limitar la eficacia del manejo del dolor, ya que una evaluación precisa permite administrar de manera adecuada los analgésicos y aplicar técnicas complementarias.

Tabla 7

¿Cuál es el nivel promedio de dolor reportado por los pacientes pediátricos antes de la intervención (escala 0-a 10)?

Respuesta	F	%
0-2 (leve)	4	12%
3-5 (moderado)	10	29%
6-8 (severo)	15	44%
9-10 (muy severo)	5	15%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

En relación con el nivel promedio de dolor reportado por los pacientes pediátricos antes de la intervención, se observa que el 12% (4 pacientes) experimentó un dolor leve (0-2 en la escala de 0 a 10), el 29% (10 pacientes) refirió un dolor moderado (3-5), mientras que el 44% (15 pacientes) manifestó dolor severo (6-8). Finalmente, un 15% (5 pacientes) describió su dolor como muy severo (9-10). Estos resultados indican que la mayor parte de los pacientes se encuentran en categorías de dolor severo a moderado antes de la intervención.

Los resultados obtenidos concuerdan con lo señalado por Morales (2024), quien destaca la importancia del uso de escalas específicas, como la Escala Numérica Verbal (ENV), para evaluar la intensidad del dolor en pacientes pediátricos. El predominio de niveles severos de dolor (6-8 en la escala) resalta la necesidad de una evaluación clínica precisa y oportuna. La elección de escalas adecuadas, como el Cuestionario McGill o la escala FLACC en contextos pediátricos, permite una valoración más completa del dolor, no solo en su intensidad sino también en sus dimensiones sensoriales y afectivas, tal como se recomienda en estudios actuales.

Tabla 8

¿Cuál es el nivel promedio del dolor después de aplicar las intervenciones de enfermería (escala de 0-10)?

Respuesta	F	%
0-2 (leve)	15	44%
3-5 (moderado)	5	14%
6-8 (severo)	7	21%
9-10 (muy severo)	7	21%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

El nivel promedio del dolor después de aplicar las intervenciones de enfermería muestra que el 44% de los participantes reportaron un dolor leve (0-2 en la escala), mientras que el 14% indicó un dolor moderado (3-5). Por su parte, el 21% señaló un dolor severo (6-8), al igual que otro 21% que manifestó un dolor muy severo (9-10). Esto suma un total de 34 participantes que calificaron su nivel de dolor después de la intervención.

Al contrastar estos resultados con la literatura, se confirma la importancia de aplicar herramientas adecuadas de evaluación, como las escalas mencionadas por Mayerhoffer y Friganović (2023). La alta incidencia de dolor severo y muy severo podría sugerir limitaciones en la efectividad de las estrategias actuales o una selección subóptima de la escala de medición. Tal situación coincide con la necesidad destacada por los autores de estudios más precisos que optimicen las prácticas de valoración del dolor pediátrico, especialmente en escenarios complejos donde el manejo del dolor es un desafío constante.

Tabla 9

¿En qué porcentaje observa una reducción del dolor tras las intervenciones aplicadas?

Respuesta	F	%
Menos del 25%	5	15%
entre 25% y 50%	10	29%
entre 50% y 75%	11	32%
Más del 75%	8	24%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

En relación con la reducción del dolor tras las intervenciones aplicadas, el 32% de los encuestados reportó una disminución del dolor entre el 50% y el 75%, siendo esta la categoría más representativa. Le siguen quienes observaron una reducción entre el 25% y el 50% con un 29%, mientras que el 24% indicó mejoras superiores al 75%. Finalmente, un 15% manifestó reducciones menores al 25% del dolor. Estos datos muestran una tendencia positiva hacia la eficacia de las intervenciones aplicadas.

Al comparar estos resultados con la literatura de la Asociación Americana de Pediatría (2024), se evidencia una coherencia con su planteamiento sobre la eficacia de enfoques multimodales en el manejo del dolor infantil. La integración de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, como técnicas de distracción y relajación, parece alinearse con los niveles de mejora reportados por los encuestados que observaron reducciones superiores. Esto refuerza la importancia de la atención integral para disminuir tanto el dolor físico como el impacto psicológico en los pacientes.

Tabla 10

¿Se observa una disminución significativa del dolor después de las intervenciones?

Respuesta	F	%
Siempre	15	44%
Frecuentemente	12	35%
Algunas veces	6	18%
Nunca	1	3%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

En relación con la pregunta sobre la disminución significativa del dolor después de las intervenciones, los resultados reflejan que el 44% de los encuestados respondió "Siempre", mientras que un 35% señaló "Frecuentemente". Un 18% indicó que "Algunas veces" se percibe una reducción, y solo un 3% reportó "Nunca". Esto sugiere que la gran mayoría de las intervenciones tienen un efecto positivo, aunque con variabilidad en su frecuencia.

Al contrastar estos hallazgos, se observa coherencia con la Teoría del Manejo de los Síntomas, que enfatiza la importancia de una evaluación integral para personalizar las estrategias de intervención (Laguado & Gómez, 2014). Los resultados obtenidos resaltan la efectividad general de las intervenciones, pero también ponen de manifiesto la necesidad de adaptaciones específicas para pacientes que no siempre experimentan una reducción del dolor. Esto subraya la relevancia de considerar factores fisiológicos, psicológicos y situacionales para mejorar la experiencia del paciente.

Tabla 11

¿Qué tipo de intervención considera más efectiva para reducir el dolor?

Respuesta	F	%
Farmacológica	10	29%
No farmacológica	4	12%
Ambas	20	59%
Nunca	0	0%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

El análisis de las respuestas obtenidas muestra que el 59% de los participantes considera que la intervención combinada farmacológica y no farmacológica es la más efectiva para reducir el dolor, mientras que el 29% opta únicamente por el enfoque farmacológico. Un 12% de los encuestados prefieren exclusivamente intervenciones no farmacológicas. Ningún participante indicó que no existen intervenciones efectivas para el manejo del dolor. En total, se obtuvo un conjunto de 34 respuestas, lo que representa el 100% de la muestra estudiada.

Al contrastar estos hallazgos, se observa una clara concordancia con García, González y Antúnez (2017), quienes destacan la importancia de combinar estrategias farmacológicas y no farmacológicas para un manejo efectivo del dolor en pediatría. El hecho de que la mayoría de los participantes favorezcan el abordaje combinado refuerza la necesidad de integrar métodos como analgésicos junto a técnicas de distracción, relajación y apoyo familiar. La preferencia minoritaria por tratamientos exclusivamente farmacológicos o no farmacológicos confirma la relevancia de enfoques integradores en la atención pediátrica.

Tabla 12

¿Cuánto tiempo después de la intervención se observa una mejora significativa en el control del dolor?

Respuesta	F	%
Inmediata (menos de 30 minutos)	15	44%
Corto plazo (entre 30 minutos y 1 hora)	12	35%
Mediano plazo (entre 1 y 4 horas)	4	12%
Largo plazo (más de 4 horas)	3	9%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario realizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt, 2025.

Los resultados indican que un 44% de los participantes reportaron una mejora inmediata (menos de 30 minutos), el 35% indicó una mejora en el corto plazo (entre 30 minutos y 1 hora), el 12% en el mediano plazo (entre 1 y 4 horas) y el 9% en el largo plazo (más de 4 horas). Estos datos sugieren que la mayoría de los pacientes experimentan alivio del dolor poco después de la intervención.

El análisis de estos resultados refleja una tendencia hacia la eficacia inmediata y en el corto plazo del tratamiento para el dolor, lo que es consistente con la literatura existente sobre el manejo del dolor. García y otros (2012) enfatizan la importancia de diferenciar entre tipos de dolor para una intervención efectiva, lo cual podría explicar la mayor respuesta inmediata en aquellos con dolor agudo. Esto sugiere que los tratamientos aplicados tienen una acción rápida, pero también resalta la necesidad de estrategias de manejo continuo en dolores crónicos o neuropáticos, que pueden requerir tiempos más prolongados para su control efectivo.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

La mayoría de los profesionales utiliza las escalas Wong-Baker (53%) y FLACC (44%) para valorar el dolor en pacientes pediátricos, lo que refleja una tendencia hacia el uso de herramientas visuales o adaptadas a pacientes no verbales. La escasa utilización de la EVA y la ausencia de la CRIES destacan la importancia de elegir escalas según las necesidades individuales del paciente, respaldando el enfoque individualizado para la valoración del dolor.

Un 47% de los encuestados administra analgésicos únicamente según las indicaciones médicas, lo que refleja un enfoque dependiente de la autoridad médica para tratar el dolor. Aunque esto es coherente con las prácticas estándar, también señala la falta de autonomía o criterios específicos para la administración en función de la evaluación del dolor en el paciente.

Las intervenciones no farmacológicas más utilizadas fueron la terapia de calor/frío (33%) y la distracción mediante juegos o videos (29%). Sin embargo, un 29% de los encuestados no utiliza ninguna técnica no farmacológica, lo que pone de manifiesto una posible brecha en el conocimiento o la aplicación de métodos alternativos al tratamiento farmacológico.

Un 73% de los encuestados siempre realiza un seguimiento del dolor después de las intervenciones, lo que refleja un compromiso generalizado con la evaluación continua. No obstante, el 27% restante no sigue este monitoreo de forma constante, lo que sugiere que aún existen oportunidades para mejorar la consistencia en la observación del dolor post-intervención.

Un 59% de los encuestados considera que la combinación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas es la más efectiva para reducir el dolor en

pacientes pediátricos. Este hallazgo refuerza la importancia de adoptar un enfoque integral en el manejo del dolor, que combine ambos tipos de estrategias para obtener mejores resultados en la atención pediátrica.

5.2 RECOMENDACIONES

Aunque las escalas Wong-Baker y FLACC son las más utilizadas, sería recomendable promover el uso de escalas como la EVA y la CRIES, especialmente en casos donde el paciente pueda verbalizar su dolor. Esto aseguraría una evaluación más precisa y personalizada, según las características de cada paciente. Dado que un porcentaje significativo de los encuestados administra analgésicos únicamente siguiendo las indicaciones médicas, sería beneficioso proporcionar formación adicional para que los profesionales desarrollen criterios propios para la administración de medicamentos, basados en su evaluación del dolor, respetando siempre la seguridad del paciente.

A pesar de que algunas técnicas no farmacológicas como la terapia de calor/frío y la distracción mediante juegos son populares, un porcentaje de los profesionales no las utiliza. Sería útil implementar programas de formación para mejorar la comprensión y aplicación de estas técnicas, y así reducir la dependencia exclusiva de los analgésicos.

Aunque la mayoría realiza seguimiento del dolor después de las intervenciones, el 27% restante no lo hace de forma consistente. Se podría considerar la implementación de protocolos más estrictos para garantizar que todos los pacientes sean monitoreados de manera regular después de recibir tratamiento para el dolor, favoreciendo así una atención continua y más efectiva.

La mayoría de los encuestados reconoce la efectividad de combinar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Se recomienda reforzar la implementación de este enfoque integral a través de estrategias multidisciplinarias que involucren tanto a médicos como a enfermeras y otros profesionales, asegurando que el manejo del dolor sea lo más completo y personalizado posible para cada paciente pediátrico.

5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz J, Torres J, Mora Y, Cedeño D. Referentes teóricos de enfermería que sustentan la valoración del paciente con dolor en cuidados intensivos neonatales y pediátricos. Revista Cubana de Enfermería. 2023.
2. Tarraga M, Avila M, Ríos R, Tárraga P. JONNPR. [Online].; 2021.. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v6n7/2529-850X-jonnpr-6-07-951.pdf>.
3. Pincay V, Mastarreno M, Briones Á, Ponce L. Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología. [Online].; 2021.. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8330779.pdf>.
4. Pérez A. Universidad Nacional de Loja. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22111/1/EVALUACI%C3%93N%20Y%20MANEJO%20DEL%20DOLOR%20POR%20EL%20PERSONAL%20PROFESIONAL%20DE%20ENFERMER%C3%8DA%20EN%20PACIENTES%20PEDI%C3%81TRICOS%20EN%20EL%20.pdf>.
5. Manrique M. Universidad de San Carlos de Guatemala. [Online].; 2019.. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10756.pdf.
6. Medina Y. Universidad de San Carlos de Guatemala. [Online].; 2020.. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_11802.pdf.
7. Hospital Gregorio Marañón. El dolor en pediatría. [Online].; 2024... Disponible en: https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/file/3385/download?to ken=Eq3_niBQ.
8. Fernández F. Sedoanalgesia en UCIP. Protoc diagn ter pediatr. 2021.
9. Pabón T, Pineda L, Cañas O. Fisiopatología, evaluación y manejo del dolor agudo en pediatría. Revista Pontificia Universidad Javeriana Cali. 2015.
10. Mozo Y, Toledo B, Navarro L, Leyva M, Monfort L, Míguez M, et al. Situación actual y retos de los pediatras españoles en el manejo del dolor infantil Challenges and current status of children pain management in Spain. Anales de pediatría. 2022;; p. 207.e1-207.e8.

11. Notejane M, Bernad  M, Ruiz V, Klisich V. Conocimientos del personal de enfermer  de un hospital pediátrico de referencia respecto a la evaluación y abordaje del dolor en niños. Bol Med Hosp Infant Mex. 2019;; p. 76.
12. López J, Rivera S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. Rev. Cienc. Salud. Bogotá, Colombia. 2018;; p. 340-356.
13. García M, González E, Antúnez A. Manejo del dolor en Atención Primaria. Curso de Actualización Pediatría. 2017;; p. 385-96.
14. Reinoso F. Nuevos retos del dolor crónico infantil en España: tratamiento multidisciplinar. Anales RANM. 2021;; p. 231- 236.
15. Díaz J, Torres J, Mora Y, Cedeño D. Teoría del manejo de síntomas desagradables para el cuidado de enfermer  en cirugía. Enfermería global. 2014.
16. Espinoza M, Valenzuela S. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermer  Paliativa Oncológica. Revista Cubana de Enfermería. 2011;; p. 141-150.
17. Zabala C. Universidad de la Sabana. [Online].; 2018.. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/344331937.pdf>.
18. Pereda T, Chávez M, Torres M. Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Online].; 2018.. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4331/Intervencion_PeredaBenites_Teresa.pdf?isAllowed=y&sequence=1
19. Garro S. Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Online].; 2022.. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13242/Intervencion_GarroRojas_Maylin.pdf?sequence=6
20. Mayerhoffer H, Friganovi  A. Evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión de la literatura. Croat Nurs J. 2023; 7(1): p. 87-96.

21. Notejane M, Bernad  M, Ruiz V, Klisich V. Conocimientos del personal de enfermer  de un hospital pediátrico de referencia respecto a la evaluación y abordaje del dolor en niños. Bol Med Hosp Infant Mex. 2019;; p. 76.
22. López J, Rivera S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. Rev. Cienc. Salud. Bogotá, Colombia. 2018;; p. 340-356.
23. García M, González E, Antúnez A. Manejo del dolor en Atención Primaria. Curso de Actualización Pediatría. 2017;; p. 385-96.
24. Reinoso F. Nuevos retos del dolor crónico infantil en España: tratamiento multidisciplinar. Anales RANM. 2021;; p. 231- 236.
25. Díaz J, Torres J, Mora Y, Cedeño D. Teoría del manejo de síntomas desagradables para el cuidado de enfermer  en cirugía. Enfermería global. 2014.
26. Espinoza M, Valenzuela S. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermer  Paliativa Oncológica. Revista Cubana de Enfermería. 2011;; p. 141-150.
27. Zabala C. Universidad de la Sabana. [Online].; 2018.. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/344331937.pdf>.
28. Pereda T, Chávez M, Torres M. Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Online].; 2018.. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4331/Intervencion_PeredaBenites_Teresa.pdf?isAllowed=y&sequence=1
29. Garro S. Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Online].; 2022.. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13242/Intervencion_GarroRojas_Maylin.pdf?sequence=6
30. Mayerhoffer H, Friganovi  A. Evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión de la literatura. Croat Nurs J. 2023; 7(1): p. 87-96.

31. Hospital Universitario de Fuenlabrada. InnovaHONCO. [Online].; 2024 Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/fuenlabrada/file/3872/download?token=I0A3SXC5>
32. González P. Barreras para el cuidado y la comunicación en cuidados intensivos de pediatría. Index Enferm. 2009.
33. Bárcena E. Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014.
34. Vallespir M. Tesis de licenciatura, Universitat de les Illes Balears. [Online].; 2020.. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/157879/Manera_VallespirMar%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
35. Diwan R. NYSORA [Online].; 2024.. Disponible en: <https://www.nysora.com/es/temas/sub-especialidades/anestesia-pedi%C3%A1trica/manejo-del-dolor-cr%C3%B3nico-agudo-ni%C3%B1os/>
36. García J, Jiménez M, Fernández A, Fernández A, Sánchez F, Gil M. La medición del dolor: una puesta al día. Medicina Integral. 2012.
37. Watson J Manual MSD. [Online]; 2022 Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/dolor/evaluaci%C3%B3n-del-dolor>.
38. Morales C. Escala del dolor ¡Consigue un mejor diagnóstico! [Online]; 2024. Disponible en: <https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/>
39. Vicente M, Delgado S, Bandrés F, Ramírez M, Capdevilla L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas. Rev Soc Esp Dolor. 2018.
40. Hospital Roosevelt. Historia del hospital Roosevelt. [Online]; 2024. Disponible en: <https://www.hospitalroosevelt.com/acerca/historia-hospital-roosevelt/>.
41. Laguado E, Gómez P. Teoría del manejo de síntomas desagradables para el cuidado de enfermería en cirugía. Revista electrónica trimestral de enfermería. 2014.

5.4 ANEXOS

Consentimiento Informado

Estimado/a participante:

Le invitamos a formar parte de este estudio de investigación, cuyo propósito es analizar las intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes pediátricos. Este documento tiene como objetivo proporcionarle información detallada sobre el estudio, de manera que pueda tomar una decisión informada sobre su participación.

El presente documento tiene como finalidad garantizar que usted, como participante, reciba toda la información necesaria sobre el estudio titulado Intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt. Su participación es clave para analizar las estrategias de cuidado utilizadas actualmente y para desarrollar recomendaciones que mejoren la atención a los pacientes pediátricos.

Si decide participar, se le solicitará responder un cuestionario de 12 preguntas diseñado específicamente para recopilar información sobre su experiencia y prácticas en la valoración y manejo del dolor en esta unidad. Este proceso no interrumpirá sus actividades laborales y se estima que tomará aproximadamente 15 minutos. Su colaboración en este estudio es completamente voluntaria y podrá retirarse en cualquier momento sin que esto le genere consecuencias negativas.

Los datos recopilados serán tratados de manera estrictamente confidencial. La información se utilizará exclusivamente con fines académicos y los resultados serán reportados en conjunto, sin incluir detalles que puedan identificar a los participantes. Además, se tomarán todas las medidas necesarias para proteger su privacidad durante y después del estudio.

Al aceptar participar, usted contribuye a un análisis que tiene el potencial de mejorar las estrategias de enfermería para el manejo del dolor en pacientes pediátricos, beneficiando tanto a los pacientes como al personal de salud. Si tiene dudas o desea más información, puede comunicarse con la investigadora responsable, Norma Gisela Pérez Recinos, a través de los contactos proporcionados. La firma de este documento confirma que usted ha comprendido la información ofrecida y da su consentimiento para formar parte del estudio.

He leído y comprendido la información proporcionada sobre este estudio. Se me han aclarado todas las preguntas que tenía al respecto. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar voluntariamente en el estudio descrito.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del investigador: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO

Encuesta para la evaluación de Intervenciones de enfermería en la valoración y manejo del dolor en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Roosevelt.

Sección 1: Intervenciones de enfermería

1. ¿Qué escalas de valoración del dolor utiliza con mayor frecuencia en los pacientes pediátricos?
 - a) FLACC
 - b) Wong-Baker
 - c) EVA
 - d) CRIES
 - e) Ninguna
2. ¿Con qué frecuencia administra analgésicos a los pacientes pediátricos?
 - a) Siempre que el paciente manifiesta dolor
 - b) Solo cuando el médico lo indica
 - c) En base a una evaluación del dolor
 - d) Rara vez
3. ¿Qué técnicas no farmacológicas utiliza regularmente para el manejo del dolor?
 - a) Distracción (juegos, videos)
 - b) Terapia de calor/frío
 - c) Masajes
 - d) Ninguna
4. ¿Con qué frecuencia realiza seguimiento del nivel de dolor después de una intervención?
 - a) Siempre
 - b) Frecuentemente
 - c) Algunas veces
 - d) Nunca

5. ¿Cuáles son los protocolos utilizados para la administración de analgésicos?
- a) Protocolos establecidos por el hospital
 - b) Indicaciones del médico tratante
 - c) Mi propio criterio
 - d) No sigo ningún protocolo específico
6. ¿Cómo evalúa la efectividad de las intervenciones aplicadas para el manejo del dolor?
- a) Escalas de valoración del dolor
 - b) Observación de signos y síntomas del paciente
 - c) Retroalimentación del paciente y la familia
 - d) No realizo evaluaciones específicas

Sección 2: Nivel de control del dolor en pacientes pediátricos

7. ¿Cuál es el nivel promedio de dolor reportado por los pacientes pediátricos antes de la intervención (escala de 0 a 10)?
- a) 0-2 (leve)
 - b) 3-5 (moderado)
 - c) 6-8 (severo)
 - d) 9-10 (muy severo)
8. ¿Cuál es el nivel promedio de dolor después de aplicar las intervenciones de enfermería (escala de 0 a 10)?
- a) 0-2 (leve)
 - b) 3-5 (moderado)
 - c) 6-8 (severo)
 - d) 9-10 (muy severo)

9. ¿En qué porcentaje observa una reducción del dolor tras las intervenciones aplicadas?
- a) Menos del 25%
 - b) Entre 25% y 50%
 - c) Entre 50% y 75%
 - d) Más del 75%
10. ¿Se observa una disminución significativa del dolor después de las intervenciones?
- a) Siempre
 - b) Frecuentemente
 - c) Algunas veces
 - d) Nunca
11. ¿Qué tipo de intervención considera más efectiva para reducir el dolor?
- a) Farmacológica
 - b) No farmacológica
 - c) Ambas
 - d) Ninguna
12. ¿Cuánto tiempo después de la intervención se observa una mejora significativa en el control del dolor?
- a) Inmediato (menos de 30 minutos)
 - b) Corto plazo (entre 30 minutos y 1 hora)
 - c) Mediano plazo (entre 1 y 4 horas)
 - d) Largo plazo (más de 4 horas)