



Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN
UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

JAYCE DÍAZ DÍAZ

La Habana, 2024



Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

**Intervención de enfermería para la valoración del dolor en una unidad de cuidados
intensivos pediátricos**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Autor: MSc. Jayce Díaz Díaz

Tutor: Dr. C. Yuliett Mora Pérez, PT

Dr. C. Julia Maricela Torres Esperón, PT

La Habana, 2024

Para los niños trabajamos, porque los niños son los que saben querer,
porque los niños son la esperanza del mundo.

José Martí

AGRADECIMIENTOS

A mi gran amor, mi hija Daniela de la Caridad Cedeño Díaz, por no dejarme flaquear, por su amor y apoyo para llegar a la meta final.

A mi esposo, Mandy, por su incondicionalidad, por comprender y apoyarme en mi desarrollo profesional.

A mi madre, mi bella Rosita, a mi hermano Daniar y a mi hermana Maribel, a mi sobrino y mis sobrinas, a mi padre y a toda la familia por estar ahí para mí.

A mis queridas tutoras y amigas, Dr.C. Yuliett Mora Pérez y Dr.C. Julia Maricela Torres Esperón, por enseñarme el camino, por su confianza, sus enseñanzas y consejos, por su dedicación, apoyo y permitirme crecer a su lado como investigadora, por no dejarme rendir, por enseñarme que no hay meta inalcanzable, que todo es posible.

A Dr.C. Norma Mur Villar, por confiar en mí, por guiarme en la formación doctoral.

A mis tres mosqueteras, mis amigas de siempre, mis hermanas y guerreras de mil batallas Esther, Yamirka y Zenia.

A Felly, por enseñarme el camino y el amor a la Enfermería, desde la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

A los amigos(as), colegas y profesionales que aportaron sus consejos, experiencias durante el proceso de investigación, en especial al colectivo de la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

A todos mi eterno agradecimiento y amor infinito.

DEDICATORIA

A mis ángeles de la guarda, mi abuelo Papí y mi abuela Lila, por sus enseñanzas y su amor eterno, por estar siempre a mi lado.

A mi gran amor, mi hija Daniela de la Caridad Cedeño Díaz, el orgullo de mi vida y mi inspiración para juntas conquistar el futuro.

SINTESIS

Se realizó un estudio mixto de integración múltiple, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos, entre los años 2022 al 2024. Los objetivos fueron identificar los referentes teóricos y metodológicos que sustentan la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, explorar el estado actual, diseñar una intervención de enfermería para la valoración del dolor, validar la intervención de enfermería e identificar barreras y facilitadores para su aplicación. El estudio tuvo como referentes teóricos la Teoría de los síntomas desagradables de Elizabeth Lenz y el Modelo de traducción del conocimiento en acción de Straus, Tetroe y Graham. Comprendió cuatro etapas que responden a los objetivos del estudio. En la primera etapa, se realizó revisión documental, observación participante, grupo focal, revisión integradora para el diagnóstico de las necesidades de intervención. En la segunda etapa, la triangulación de datos permitió el diseño de la intervención; para posterior validación en la tercera etapa. En la cuarta etapa, se realizó un grupo de discusión para la identificación de barreras y facilitadores. La intervención de enfermería diseñada constituye una propuesta de cambio para perfeccionar los modos de actuación profesional de enfermería.

| TABLA DE CONTENIDOS | "Pág." |
|---|---------------|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS..... | 11 |
| 1.1. Evolución histórica y contextualización del dolor como problema de salud en la infancia..... | 11 |
| 1.2. La valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos..... | 16 |
| 1.3. Teoría y modelo que sustentan el estudio de la valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos..... | 21 |
| CAPÍTULO II. REFERENTES METODOLÓGICOS QUE SUSTENTAN LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS..... | 35 |
| 2.1. Diseño de la investigación..... | 35 |
| 2.2. Caracterización del escenario de estudio..... | 36 |
| 2.3. Población de estudio y estrategia muestral..... | 37 |
| 2.4. Algoritmo de la investigación para el diseño de la intervención..... | 39 |
| 2.5. Aspectos éticos de la investigación..... | 54 |
| CAPÍTULO III. RESULTADOS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS..... | 56 |
| 3.1. Resultados de la etapa 1. Diagnóstico de las necesidades de intervención..... | 56 |
| 3.2. Resultados de la etapa 2. Diseño de la intervención de enfermería..... | 64 |
| 3.3. Resultados de la etapa 3. Validación de la intervención de enfermería..... | 73 |
| 3.4. Intervención de enfermería para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos..... | 81 |
| 3.5. Resultados de la etapa 4. Evaluación de la intervención..... | 83 |
| CONCLUSIONES..... | 90 |
| RECOMENDACIONES..... | 91 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| ANEXOS | |

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia se ha abordado de diferentes maneras las definiciones de dolor. Desde el año 1978, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) define el dolor como *“una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial o descrito en términos de tal daño”*.¹ La definición fue aceptada de manera global por los profesionales de la salud e investigadores, adoptada por diversas organizaciones profesionales. Sin embargo, se realizaron revisiones y actualizaciones posteriores a la lista de términos asociados con el dolor.^{2,3}

A partir del año 1980, la IASP desarrolló acciones encaminadas al diagnóstico y tratamiento del dolor. Se realizaron varios congresos mundiales sobre el dolor, se introdujeron cursos de actualización y se editó bibliografía que incluía referencias clásicas y actuales. En el año 1989 se formaron por primera vez Grupos de Interés Especial (SIG, por sus siglas en inglés), que permitieron a los médicos e investigadores, con intereses específicos en el dolor, tener un foro para discutir temas en profundidad. Reflejaban la filosofía fundacional de la asociación, la cual es multidisciplinaria e internacional.⁴

En la década de los años 1990, se fundan varias organizaciones profesionales multidisciplinarias que apoyan la investigación y la educación sobre el dolor asociadas a la IASP. Se constituyó la Federación Europea de capítulos de la IASP, más tarde rebautizada como Federación Europea del Dolor (EFIC, por sus siglas en inglés), como la primera Federación regional de la IASP. También se fundó la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT).⁴

En octubre del año 2001, el Parlamento Europeo de conjunto con la EFIC declaró la Primera semana europea contra el dolor y proclamó una declaración sobre el dolor crónico como problema de salud y una enfermedad en sí misma.⁴ A partir del año 2004 se realizó la primera campaña global contra el dolor en Ginebra, coauspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la IASP y la EFIC, declarándose que “*el alivio de dolor debería ser un derecho humano*”.⁵ Esta campaña global contra el dolor y el concepto emitido por la IASP, fue el punto de partida para que varias asociaciones científicas establezcan políticas y estrategias para el alivio de este síntoma en diferentes grupos de edad.

En tal sentido, la Sociedad Americana del Dolor (APS, por sus siglas en inglés)⁶ conceptualizó el dolor como la quinta constante vital, resalta que el registro y evaluación deben ser una práctica permanente y esencial. De la misma forma, la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, por sus siglas en inglés)⁷ establece los diagnósticos para este síntoma, tales como: Dolor agudo (00132), Dolor crónico (00133) y Síndrome de dolor crónico (00255). Estos diagnósticos pueden ser utilizados en los diferentes grupos de edades, como es el caso de los pacientes pediátricos, población objeto de estudio en esta investigación.

A nivel internacional, el dolor en Pediatría presenta una epidemiología compleja de establecer. Se estima una prevalencia del 30-78 % en urgencias, más del 70 % para el dolor por procedimientos y posquirúrgico, y del 30 % para el dolor crónico.⁸ Es un síntoma con frecuencia no siempre reconocido y tratado, que puede tener repercusiones en los ámbitos físico, psicológico y social.^{9,10} Su evaluación, es uno de los desafíos a los que se enfrentan

los profesionales sanitarios en el área pediátrica y en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).¹¹

La valoración del dolor es compleja y constituye una prioridad de las UCIP, esta se sustenta en cuatro puntos fundamentales: la reducción del número de procedimientos dolorosos; la valoración del dolor con escalas; el uso de fármacos analgésicos y el uso de medidas no farmacológicas.¹² Además, de las dificultades añadidas para la valoración del dolor como son: pacientes con alteración del nivel de conciencia, pacientes intubados con sedación y relajación, posibles alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas del niño grave y otros factores que empeoran la sensación dolorosa.¹³

De acuerdo con la literatura científica revisada se encontraron estudios relacionados con las prácticas actuales de valoración del dolor en las UCIP,¹⁴ evaluación de la fiabilidad y validez de las escalas de dolor,^{15,16} asociación con la gravedad clínica, niveles de sedación y analgesia. Otros estudios abordan categorías que son utilizadas por las enfermeras para valorar y tratar el dolor en pacientes ingresados en las UCIP.^{17,18} Los resultados coinciden en la necesidad de formación sobre el abordaje, valoración y control del dolor en la infancia.

Resulta interesante que, en Latinoamérica, se encontraron pocos estudios publicados relacionados con la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en UCIP. Los principales resultados se centran en la correlación entre diferentes escalas de evaluación del dolor,^{19,20} búsquedas bibliográficas con el objetivo de presentar recursos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos y neonatales en la unidad de cuidados intensivos por parte de enfermeras.^{21,22}

En el caso de Cuba se encontraron dos estudios con relación al dolor en pediatría, ambos realizados en La Habana. El primero del año 2016, donde Rodríguez y colaboradores,²³ realizaron una revisión bibliográfica con el objetivo de describir el rol de la enfermera en las etapas de evaluación, valoración e intervención del dolor en niños. El segundo estudio, Pérez y colaboradores²⁴ en el año 2019 diseñaron y validaron un instrumento para medir factores relacionados con el prescriptor y los relacionados con políticas institucionales o nacionales, presencia de escalas de evaluación del dolor y protocolos institucionales para el tratamiento del dolor.

En el caso de la UCIP, no se encontraron datos sobre cómo en Cuba se valora el dolor. Este resultado abre una brecha en el conocimiento, que requiere la realización de estudios en relación con la temática y la aplicación de intervenciones que permitan brindar cuidados para identificar de manera precoz los signos del dolor y por ende proporcionar condiciones tolerables al mismo, en los pacientes durante su estadía en la UCIP.

En la provincia de Cienfuegos, se encontró un estudio en el que se registran alternativas terapéuticas para el dolor,²⁵ en respuesta al movimiento “Hospital sin Dolor”. Movimiento que se inició en el año 2005, en el Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, dentro de la gestión de la calidad como uno de los objetivos del plan de seguridad de pacientes. Dicho movimiento se extendió al Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto (HPU) en años posteriores.

Alrededor de este movimiento se han realizado investigaciones relacionadas con la atención pediátrica. La autora de la tesis y un equipo de investigación en el año 2017, evaluaron el conocimiento del personal de Enfermería con relación al dolor posoperatorio y diseñaron un instrumento para la evaluación del dolor en pacientes pediátricos.²⁶ En el año 2021, se

inicia el proyecto sistema integrado de evaluación e intervención en la atención del dolor en la unidad de cuidados intensivos del HPU.

Como resultados del primer año de la investigación se diagnosticó el estado actual de la atención médica y de enfermería en relación con la evaluación e intervención para el tratamiento del dolor. De igual manera, se capacitaron los recursos humanos y se desarrollaron protocolos de actuación con relación al dolor asociado a la realización de maniobras invasivas.

La autora de la tesis es integrante del equipo de investigación y a partir de las vivencias acumuladas sobre el tema en la labor asistencial como enfermera intensivista por más de 25 años, asumió la valoración del dolor desde el actuar de los profesionales de Enfermería. En la experiencia acumulada se identificó la necesidad de adoptar un modelo conceptual que transforme, en la práctica asistencial, los cuidados brindados para el logro de una atención integral al dolor.

Basado en lo antes expuesto y en la experiencia de la autora en la atención al paciente pediátrico grave y en la docencia como miembro del comité académico de las especialidades de Enfermería en Urgencia y Emergencia, Enfermería en Neonatología y Pediatría, le permitió a través del análisis de los resultados de investigaciones realizadas con anterioridad, identificar las siguientes situaciones problemáticas:

- La unidad de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos no cuenta con escalas validadas que permitan la valoración del dolor en los niños.

- No se encontró registro en las historias clínicas de la valoración del dolor con un enfoque integral al ofrecer los cuidados de enfermería.

Estos antecedentes permitieron identificar el problema científico de la investigación que se presenta con la siguiente interrogante:

¿Cómo contribuir a la valoración del dolor en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos?

Se determina como objeto de investigación la valoración del dolor en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. En esta lógica, la autora asume los siguientes objetivos:

1. Identificar los referentes teóricos y metodológicos que sustentan la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.
2. Explorar el estado actual de la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos.
3. Diseñar una intervención de enfermería para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos.
4. Validar la intervención de enfermería para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos.

5. Identificar barreras y facilitadores para la aplicación de la intervención de enfermería para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos.

Dada la tendencia actual en la que basado en los metaparadigmas de Enfermería se utiliza en muchos estudios el término “persona” en lugar de “paciente”, se consideró válido explicar el posicionamiento de la autora del por qué utilizar la terminología “pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos”. En primer lugar, se asume la definición ofrecida por la Real Academia de la Lengua Española ²⁷ que describe paciente como: *“Persona que padece física y corporalmente, especialmente quien se halla bajo atención médica o persona que es o va a ser reconocida médicamente”*.

En segundo lugar, al revisar algunos de los documentos oficiales emitidos por el Consejo Internacional de Enfermería se encontró que en el “Informe sobre el Día Internacional de la Enfermera 2023”, ²⁸ en el acápite “Colocar la ética de enfermería en el centro del diseño y funcionamiento de los sistemas de salud”, al referirse a las personas que precisan cuidados de enfermería lo designan como “pacientes”, palabra que se repite ocho veces en dicho texto. Uno de los fragmentos se cita a continuación:

“Las enfermeras están bien posicionadas para entender las experiencias y los retos a los que se enfrentan los pacientes, que se pueden utilizar para mejorar los cuidados y posibilitar una toma de decisiones compartida... colocando la ética de enfermería en el centro del diseño y funcionamiento de los sistemas de salud, las enfermeras pueden asegurarse de que todos los pacientes reciban cuidados equitativos, no discriminatorios, centrados en las personas y basados en los derechos”. ²⁸

Para dar salida a los objetivos de la investigación se realizó un estudio mixto con diseño de integración múltiple (DIM) en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos. El período de estudio fue entre los años 2022 al 2024. El estudio incluyó la caracterización del estado actual de la valoración del dolor en la UCIP, la identificación de los referentes teóricos y metodológicos, el diseño de la intervención de enfermería, validación por expertos y la identificación de barreras y facilitadores para la aplicación.

La revisión documental y bibliográfica proporcionó la información sobre el estado actual del objeto de investigación, a partir de considerar los documentos normativos y los trabajos investigativos de diversos autores que han trabajado el tema. Permitió además, sistematizar las principales concepciones teóricas y prácticas que son referencias básicas para tener en cuenta en la investigación.

Se realizaron varias técnicas cualitativas, como la observación participante que permitió la pesquisa por observación directa del fenómeno, el acercamiento a la problemática de investigación en relación con las insuficiencias en la valoración del dolor de los pacientes. El grupo focal permitió explorar los criterios del personal de Enfermería relacionados con la valoración del dolor, la utilidad de las escalas y las intervenciones de enfermería.

El criterio de expertos posibilitó la validación de las escalas a utilizar y la intervención de enfermería para la valoración del dolor en la UCIP. La discusión grupal permitió la identificación de barreras y facilitadores para la implementación de la intervención de enfermería.

Los métodos estadísticos se aplicaron para la validación de las escalas, desde la Prueba del coeficiente de concordancia W de Kendall para la validez de contenido, el análisis factorial

por componentes principales, la Prueba de Esfericidad de Bartlett y el Criterio de normalización de Kaiser para la validez del constructo. Para evaluar la consistencia interna se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach global y para comprobar la estabilidad temporal el coeficiente de correlación de Pearson.

Un aspecto que distingue la novedad científica del estudio es la primicia en el contexto cubano, además de la propuesta en sí del diseño de una intervención de enfermería para resolver las insuficiencias en la valoración del dolor en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, desde una perspectiva científica y con un enfoque integrador. La cual responde a las exigencias de la sociedad y las prioridades del Ministerio de Salud Pública en el Programa de Atención Materno Infantil. Dicha intervención puede ser referencia, con las contextualizaciones correspondientes, en otros servicios similares de la red nacional de salud.

El aporte teórico de la tesis se basa en las conexiones esenciales y sistémicas que describen, relacionan y explican la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la UCIP. Lo que contribuye a enriquecer las Ciencias de la Enfermería, desde el saber y el saber hacer, al aportar un conocimiento integrado, a partir de dos referentes teóricos: la Teoría de los síntomas desagradables de Elizabeth Lenz y el Modelo de traducción del conocimiento en acción de Straus, Tetroe y Graham. Ambos referentes teóricos posibilitaron a la autora realizar el diseño y validación de la intervención de enfermería basada en evidencia que aborda de manera integral la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la UCIP.

El aporte a la práctica profesional se concretó en la capacitación del personal de Enfermería, la confección de una guía práctica como un recurso accesible y estandarizado para la valoración del dolor, la integración de escalas validadas según edad y estado del

paciente, y la atención del dolor desde un enfoque estructurado basado en el diagnóstico de enfermería de dolor agudo, interrelacionado con las NOC (*Nursing Outcomes Classification*) y NIC (*Nursing Interventions Classification*). Se espera que la implementación favorezca la atención integral durante la hospitalización y el actuar de Enfermería, que propicie una mejor atención a partir del enriquecimiento de la práctica, la transformación y del enfoque sistémico propuesto.

El aporte metodológico consiste en el algoritmo diseñado basado en un enfoque mixto; lo que facilita la transferencia de conocimiento teórico a la práctica clínica, de tal forma que las mejores prácticas se implementen de manera efectiva en la UCIP. Como parte de la intervención, la integración de las escalas constituye una herramienta metodológica flexible para su uso, proporciona un marco sólido para futuras investigaciones.

En conjunto, con estos aportes se espera contribuir a mejorar la valoración y la atención de los pacientes con dolor en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, para proporcionar un marco sólido a la práctica basada en evidencia y la mejora continua de la calidad del cuidado. Puede servir como referencia para otras investigaciones y al fortalecimiento epistemológico de las Ciencias de la Enfermería.

**CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA VALORACIÓN
DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

La historia de la Enfermería está ligada al desarrollo de la humanidad, se ha enriquecido con teorías y modelos conceptuales, que fundamentan su autonomía y la sustentan como ciencia. Es reconocida como la profesión cuyo encargo social son los cuidados, en caso de poblaciones vulnerables, este encargo cobra características especiales, como es el caso de la atención en las unidades de cuidados intensivos pediátricos.

En el presente capítulo, tiene como propósito analizar los sustentos teóricos que fundamentan el accionar de los profesionales de Enfermería en la valoración del dolor en las UCIP. Para ello se consideraron las mejores evidencias encontradas y se valoraron los resultados obtenidos a partir de las indagaciones científicas realizadas.

1.1. Evolución histórica y contextualización del dolor como problema de salud en la infancia

La historia de la medicina y la del dolor están ligadas con la evolución de la civilización de los pueblos y no es posible separar una de la otra para su estudio. A pesar de las diferencias entre la interpretación que han hecho del dolor las distintas culturas y civilizaciones, existe

un denominador común en todas ellas: el afán de conocer la causa que lo produce y cómo eliminarlo o, por lo menos, aliviarlo. Tanto las prácticas mágico-religiosas de diferentes tribus, como la sofisticada tecnología médica del mundo occidental pueden ser valoradas como formas de enfrentamiento que ha empleado la humanidad ante los múltiples retos que representa el dolor.²⁹

En el año 1978, el Subcomité de Taxonomía, presidido por Harold Merskey, elaboró un compendio de definiciones para diversos términos vinculados al dolor, que se publicaría en el año 1979 con el título Términos de dolor: una lista con definiciones y notas, sobre el uso; subtítulo El primer paso hacia la codificación de la terminología del estudio y tratamiento del dolor. El desarrollo e implementación de una taxonomía, aceptada de manera universal sobre el dolor, fue considerado uno de los objetivos más urgentes e importantes de la IASP, basado en que la adopción de una clasificación no significa que sea “concreta” sino que pueda modificarse a medida que haya nueva información disponible.¹

Al largo de los años se han realizado revisiones y actualizaciones posteriores a la lista de términos asociados con el dolor. La definición de dolor aprobada por la IASP¹ asumida por la OMS, que se describe en la introducción, ha sido criticada por la no identificación del dolor en neonatos y ancianos, por las limitaciones en la forma de expresar este síntoma. Además, se ha señalado la omisión de los componentes cognitivos y sociales. Se argumenta también que el dolor es más que un síntoma, que el dolor crónico puede considerarse una enfermedad con un curso clínico propio, por lo tanto, la definición debe reflejar esta perspectiva.³

Otras revisiones y actualizaciones a la lista de términos asociados con el dolor se realizaron en años posteriores. En el año 2003 la IASP⁴ añade una nota adicional a la definición de

dolor: *“la incapacidad de comunicación verbal no niega la posibilidad de que una persona sufra dolor y necesite un tratamiento adecuado para aliviar el dolor”*. Lo cual pone de manifiesto la necesidad de cuestionar las nociones acerca del dolor y el tratamiento, al igual que las relativas a la infancia.

En el año 2016, se redefine como: *“... una experiencia angustiosa, asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales”*.

³⁰ Se puede observar en esta definición que se resalta los aspectos cognitivos y sociales vinculados al dolor que estaban ausentes en las anteriores.

Algunos profesionales argumentaron que los avances en la comprensión del dolor, en el sentido más amplio, justificaba una reevaluación de la definición.^{30,31,32} Varias propuestas para la modificación de la definición actual de dolor generaron considerables discusiones.^{33,34,35,36} Situación que conllevó a la presidenta de la IASP, Judith Turner, a crear en el año 2018 un grupo de trabajo presidencial para evaluar la definición actual de dolor y las notas explicativas de la IASP y recomendar si debían mantenerse o cambiarse de acuerdo con el conocimiento actual basado en evidencia.³

El grupo de trabajo lo conformaron 14 miembros con amplia experiencia en ciencias clínicas y básicas relacionadas con el dolor, en representación de varios países. Deliberaron durante casi dos años (2018-2020); la recomendación final fue aprobada por unanimidad de los miembros del Consejo de IASP. En el año 2020, la IASP enuncia una nueva definición del dolor: *“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”*. El añadido de “similar a la asociada” da cierta preponderancia, de forma sutil, a los aspectos psicológicos asociados al dolor. Es decir, a pesar de la ausencia de una lesión objetiva, el dolor se valida como una experiencia real.³

Aunque existen numerosos criterios de clasificación del dolor, la OMS lo clasifica sobre la base de los cuatro sistemas más utilizados: el mecanismo fisiopatológico del dolor (nociceptivo o neuropático), duración (agudo, crónico, episódico o recurrente, intercurrente), etiología (maligno o no maligno) y localización anatómica. Clasificación que asume la autora para la realización del estudio al tener en cuenta las Directrices de la OMS³⁷ sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en infantes con enfermedades.

El dolor es considerado un problema de salud para todas las edades, que no comenzó a recibir atención en la población infantil hasta la década de 1980; la prevalencia en esta población resulta difícil de aproximar, debido a las múltiples presentaciones posibles, a las causas, al amplio rango de edades que diversifica la población de estudio (neonatos, lactantes, escolares, adolescentes) y a la poca realización de estudios focalizados en el paciente pediátrico.⁸

La OMS confirma la importancia del abordaje del dolor en los niños, como población más vulnerable a este síntoma. Declara: *“el que no se pueda comunicar de forma verbal no evita la posibilidad de que sufra de dolor y se necesite tratamiento analgésico adecuado, de manera general el dolor es subjetivo; entonces, el dolor en niños es un problema de salud pública de mucha importancia en todo el mundo así existan conocimientos y medios para apaciguarlo; es habitual que el dolor en los niños no se reconozca y se ignore e incluso se niegue”*.³⁸

A partir de esta declaración, la OMS diseñó directrices para el manejo del dolor en niños, que ofrecen recomendaciones generales para la valoración y tratamiento en este grupo poblacional.³⁸ En ambas directrices, se reconocen los derechos de la infancia, estipulados en la Convención sobre los Derechos del Niño, al declarar que los niños (seres humanos

menores de 18 años) son individuos con derecho al pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar de manera libre sus opiniones.³⁹ De igual manera, se reconocen los derechos declarados en la Carta Europea de los niños hospitalizados.⁴⁰

En la revisión de la literatura se evidencia que es imprescindible enfocar los estudios del dolor infantil desde una perspectiva biopsicosocial, ya que el dolor es una entidad multifactorial. La percepción del dolor en el niño se ve influenciada por diferentes factores: nivel de desarrollo, experiencias anteriores, antecedentes culturales y familiares, además del grado de ansiedad previo a la realización de procedimientos.

Autores como Notejane⁴¹ y Parra⁴² declaran que el impacto del dolor en los niños puede verse afectado por el ambiente y factores tanto sociales como familiares, que pueden producir una experiencia sensorial que puede ser captada por el infante como una exacerbación o empeoramiento del cuadro inicial, anexado la sensación de ansiedad y miedo además del dolor percibido. Por ello, es importante la valoración del dolor por el personal de salud durante la hospitalización o al primer contacto del niño con el entorno de salud, con el fin de entender y poder tratar las manifestaciones conductuales de la población pediátrica para tratar de generar un ambiente de seguridad para el paciente y de esta manera permitir un diagnóstico precoz de la enfermedad que adolece el infante.

Esto se complementa por lo manifestado por Mozo⁸ y Tone²¹ al plantear que la valoración adecuada del dolor infantil garantiza un abordaje eficaz. Relacionan el tratamiento del dolor con la situación clínica y con la intensidad. Declaran la necesidad de formación del personal de salud como solución ante el déficit de conocimientos en relación al abordaje, valoración y control del dolor en la infancia.

En cuanto a la valoración del dolor en los pacientes pediátricos, es importante la relación que asumen con el personal de Enfermería, ya que los niños tienen necesidades muy distintas a las que tienen los adultos y, además, poseen una capacidad muy limitada de adaptación a los hospitales. Existen elementos que determinan el estado emocional, como son el afecto, el acompañamiento terapéutico y la empatía, factores que ayudan a la mejor comprensión de los procesos que experimentan los niños durante la estancia hospitalaria, acompañados de la interrelación entre enfermera-niño-familia.⁴³

A lo largo de los años, numerosos estudios han reportado que el dolor en pacientes pediátricos hospitalizados es común y a la vez, no siempre bien tratado incluida su valoración en las UCIP. Sobre este asunto en particular se abordará en el siguiente epígrafe.

1.2. La valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos

La unidad de cuidados intensivos pediátricos fue definida en el año 1983 en las *Guidelines for Pediatric Intensive Care*⁴⁴ como “...una unidad hospitalaria que proporciona tratamiento a pacientes pediátricos con una amplia variedad de enfermedades de naturaleza letal que incluyen aquellos con condiciones inestables y aquellos que requieren de un sofisticado tratamiento médico o quirúrgico”. Randolph⁴⁵ ampliaron esta definición: “Una UCIP es una unidad física asistencial hospitalaria independiente diseñada para el tratamiento de pacientes pediátricos graves quienes, debido al shock, trauma u otras condiciones letales que requieren observación y cuidado intensivo integral y continuo”.

En general, en la UCIP debe ingresar todo paciente pediátrico que presente riesgo de deterioro agudo grave, descompensación neurológica, inestabilidad hemodinámica, fallo o disfunción grave o de forma potencial letal de al menos un órgano o sistema vital, fallo o disfunción multiorgánica o multisistémica, o que requieran estabilización tras

intervenciones quirúrgicas durante los períodos pre o posquirúrgicos que pueden estar asociados con fallo o disfunción grave de un órgano o sistema vital. Además, se considera la admisión de pacientes cuya situación clínica, por la gravedad o potencial gravedad de la situación clínica, requieran monitorización invasiva o continua así como diagnóstico y soporte de las funciones vitales y tratamiento de las enfermedades subyacentes.

El dolor, incluido el dolor de los niños en la UCIP, debe considerarse un tema de alta prioridad que requiere vigilancia por parte de las organizaciones profesionales y los proveedores de atención médica para garantizar que se valore y se brinde un tratamiento óptimo del dolor a todos los pacientes.⁸ Se debe tener en cuenta los resultados de investigaciones relacionadas con la valoración y tratamiento del dolor, desde su identificación como síntoma, la relación con factores influyentes y con el entorno, hasta las mejores decisiones en relación al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Dreyfus⁴⁶ realizó un estudio para la implementación de un protocolo de sedación dirigido por enfermeras pediátricas en una UCIP en Francia. El objetivo de la investigación, evaluar el impacto de la implementación del protocolo de sedación analgesia durante la ventilación mecánica. En similitud con Dreyfus, Telechea⁴⁷ realizó un estudio sobre evaluación del uso de sedación y analgesia en niños con asistencia ventilatoria mecánica en Uruguay, cuyo objetivo fue cuantificar el uso de sedoanalgesia en pacientes reportados de críticos con asistencia ventilatoria mecánica en la UCIP del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Autores como Sulla¹⁵ y Tamvaki¹⁶ muestran resultados en relación a la validación de escalas para la valoración del dolor en pacientes pediátricos con sedación y ventilación mecánica. Exponen la asociación de las escalas con la severidad del paciente y niveles de sedación y analgesia. En tal sentido, Pedraza¹⁹ limitó el estudio a identificar las

características psicométricas de la escala FLACC aplicada en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos en Bogotá.

La Asociación Americana de Enfermería para el Tratamiento del Dolor (ASPMN, por sus siglas en inglés), ⁴⁸ en la última actualización, señala que en aquellos pacientes que tengan dificultad para comunicarse o autoinformar, se deben utilizar escalas basadas en conductas o comportamientos. Estas escalas deben ser válidas y fiables para la población en la que se aplican. El objetivo es utilizarlas tanto en situaciones basales como durante procedimientos susceptibles de producir respuesta dolorosa y observar si se producen cambios. Los cambios en la puntuación de las escalas de valoración, informan sobre el aumento o la disminución del dolor, y la aplicación estandarizada mejora la comunicación y valoración del tratamiento.

Entre los años 2018 y 2021 se desarrollaron estudios relacionados a las escalas y a los métodos que se utilizan para la valoración del dolor; ^{49,50} y se distinguen tres tipos: métodos de autoevaluación, conductuales y fisiológicos. ⁵¹ Los métodos de autoevaluación son los métodos de mayor validez y fiabilidad siempre que se adapte bien a las características del niño y se use de manera correcta; los observadores externos tienden a subestimar la intensidad del dolor de los pacientes. Suelen usarse a partir de los tres años en pacientes colaboradores, con capacidades verbales y cognitivas integrales. Las más utilizadas son: escala verbal numérica (EVN), escala visual analógica (EVA) y Escala de Wong-Baker.

- Escala verbal numérica (EVN): Permite expresar la percepción del dolor que va desde cero (0) (no dolor) a diez (10) (el peor dolor imaginable). Puede ser hablada o escrita. ²⁰

- Escala visual analógica (EVA): La intensidad del dolor se representa en una línea continua de 10 cm. En un extremo se encuentra la expresión “no dolor” y en el extremo contrario “el peor dolor imaginable”. Puede disponer o no de marcas cada centímetro.^{20,52}
- Escala de Wong-Baker o escala gráfica con caras: Consta de seis caras con expresiones que representan sin dolor hasta dolor máximo. Cada una de las caras se acompaña de un valor numérico que va del cero hasta el diez.^{20,52}

En los métodos conductuales el dolor suele modificar la conducta de la persona que lo padece. Estos métodos están basados en valorar estas variaciones en el comportamiento asociadas al dolor. Se utilizan en las edades de recién nacidos hasta tres años, alteraciones del desarrollo y sedoanalgesia. Suelen valorar la expresión facial, de las extremidades, el llanto y el tono. Las más utilizadas son: escala FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry and Consolability*), BPS (*Behavioral Pain Scale*), CPOT (*Critical Care Pain Observation Tool*) y ESCID (*Escala de Conductas Indicadoras de Dolor*).^{53,54,55} A continuación se describen los detalles generales de cada una.

- Escala FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry and Consolability*):¹⁹ Escala observacional de comportamiento desarrollada y validada en el año 1997 por Sandra I. Merkel, Terri Voepel-Lewis, Jay R. Shayevitz y Shobha Malviya. Su denominación proviene del acrónimo en inglés *Face, Legs, Activity, Cry y Consolability*, que representa los cinco criterios que evalúa (expresión facial, movimiento de las piernas, actividad, llanto y consolabilidad). La puntuación final oscila entre 0 a 10.⁵⁰

- Escala BPS (*Behavioral Pain Scale*): Escala conductual del dolor, desarrollada por Payen,⁵⁶ consta de tres ítems en los que se valora la expresión facial, movimiento de miembros superiores y adaptación a la ventilación mecánica. Cada uno de estos ítems se califica del uno al cuatro y la puntuación global se encuentra entre tres (ausencia de dolor) y 12 (máxima intensidad de dolor). Esta escala ha sido validada para medir el dolor pacientes críticos que no pueden comunicarse, y la aplicación se limita a pacientes con sedación profunda, tratamiento con bloqueantes neuromusculares, o que presentan polineuropatía o tetraplejia.
- Escala CPOT (*Critical Care Pain Observation Tool*): Escala observacional del dolor en cuidados críticos, validada con el propósito de evaluar el dolor en pacientes críticos no comunicativos, presenta las mismas limitaciones que la escala BPS. Desarrollada por Gelinas,⁵⁷ considera cinco ítems conductuales: expresión facial, movimientos del cuerpo, tensión muscular, adaptación al ventilador en pacientes intubados y vocalización en pacientes extubados.
- ESCID (Escala de Conductas Indicadoras de Dolor): Desarrollada por Latorre,⁵⁸ es una adaptación de la escala Campbell. Contempla cinco ítems conductuales: expresión facial, tranquilidad (movimientos), tono muscular, confortabilidad y adaptación a la ventilación mecánica. Este último ítem, en lugar de la respuesta verbal del paciente, es el que hace la diferencia con la escala de Campbell original, por lo que permite su aplicación en pacientes con ventilación mecánica. Cada ítem se evalúa en una escala de cero a dos; donde cero es la mínima puntuación y 10 la máxima.⁵⁹

Los métodos fisiológicos están basados en la medición de los cambios que ocurren tras un estímulo doloroso en la frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, tamaño de las pupilas. Son útiles, sobre todo, para valoración del dolor en pacientes sedados, aunque la respuesta al dolor no es tan específica ni tiene una correlación tan directa con el grado de dolor.⁹

Esta multitud de escalas tiene como inconveniente la falta de unidad en el registro y trae aparejada la necesidad de capacitación previa. Todas se consideran válidas y ninguna supera a otra de forma concluyente.^{54,60} En resumen, el uso de diversas escalas para la valoración del dolor por parte del personal de Enfermería contribuye a una evaluación más personalizada. Además, favorece la comunicación entre el profesional y el paciente, permite evaluar la efectividad del tratamiento y cumple con los estándares de calidad establecidos. En conjunto, optimiza la atención, mejora los cuidados y ayuda al alivio del malestar del paciente de manera más efectiva.

El uso de resultados basados en la evidencia sobre la valoración del dolor es esencial para la provisión de una valoración y tratamiento efectivo del dolor. Sin embargo, en entornos como la UCIP, existe una gran brecha entre la evidencia y la práctica en relación con la valoración del dolor que deben ser abordadas desde las teorías de Enfermería, aspectos que serán tratados en el próximo epígrafe.

1.3. Teoría y modelo que sustentan la valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos

Son múltiples las teorías que han intentado esclarecer la experiencia del dolor. Estas han emergido desde la Fisiología, la Psicología y la Antropología. Algunas de las teorías más contemporáneas han integrado enfoques previos, consideran el dolor como parte de una

experiencia compleja que afecta al ser humano. La evolución de la Enfermería ha contribuido al desarrollo de filosofías y teorías, que han perfeccionado los conocimientos necesarios para mejorar la práctica diaria mediante el control de los fenómenos que son válidos no solo para la Enfermería, sino también para otras especialidades. Su conocimiento da autonomía e identidad profesional tanto para la formación como para la investigación.⁶¹

En este contexto las teóricas de la Enfermería constituyen una obligada consulta, reflexión y análisis de los aportes y discernir acerca de los aportes a la Enfermería como ciencia en la búsqueda y consolidación del cuidado, en relación con la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la UCIP. Con este fin se aborda la Teoría de los síntomas desagradables de Elizabeth Lenz.

1.3.1. Teoría de los síntomas desagradables de Elizabeth Lenz

Desde 1997, Elizabeth Lenz, Audrey Gift, Renee Milligan y Linda Pugh,⁶² publicaron los resultados de estudios, y se dan a conocer la Teoría de los síntomas desagradables, teoría de rango medio, que resalta la multidimensionalidad de estos y plantea escenarios donde diversos síntomas cambian su significado según se presentan en conjunto o de manera aislada. La teoría plantea que la experiencia del síntoma, sin importar la variabilidad, tiene puntos en común a lo largo de los distintos contextos experimentados por los pacientes.⁶³

Un mejor entendimiento de la experiencia y de las consecuencias de padecer un síntoma, ayuda al profesional de Enfermería tanto en el quehacer clínico como en el área investigativa.

La teoría no aísla ni a la persona que padece los síntomas, ni al contexto que los propicia, por lo tanto, toma en cuenta las interacciones intrínsecas entre el síntoma, el individuo y el entorno. Propone tres componentes en donde hace referencia a los factores influyentes o

relacionados y las implicaciones de la experiencia o resultados de desempeño. Defiende la integralidad al interrelacionar la experiencia humana con los niveles físico, cognitivo y social. Establece que los síntomas desagradables tienen algunas características que denominaron dimensiones, estas son: intensidad, calidad, duración y grado de estrés experimentado, también interrelacionadas entre sí y retroalimentan a los factores influyentes.⁶⁴ Como se ilustra en la figura 1.

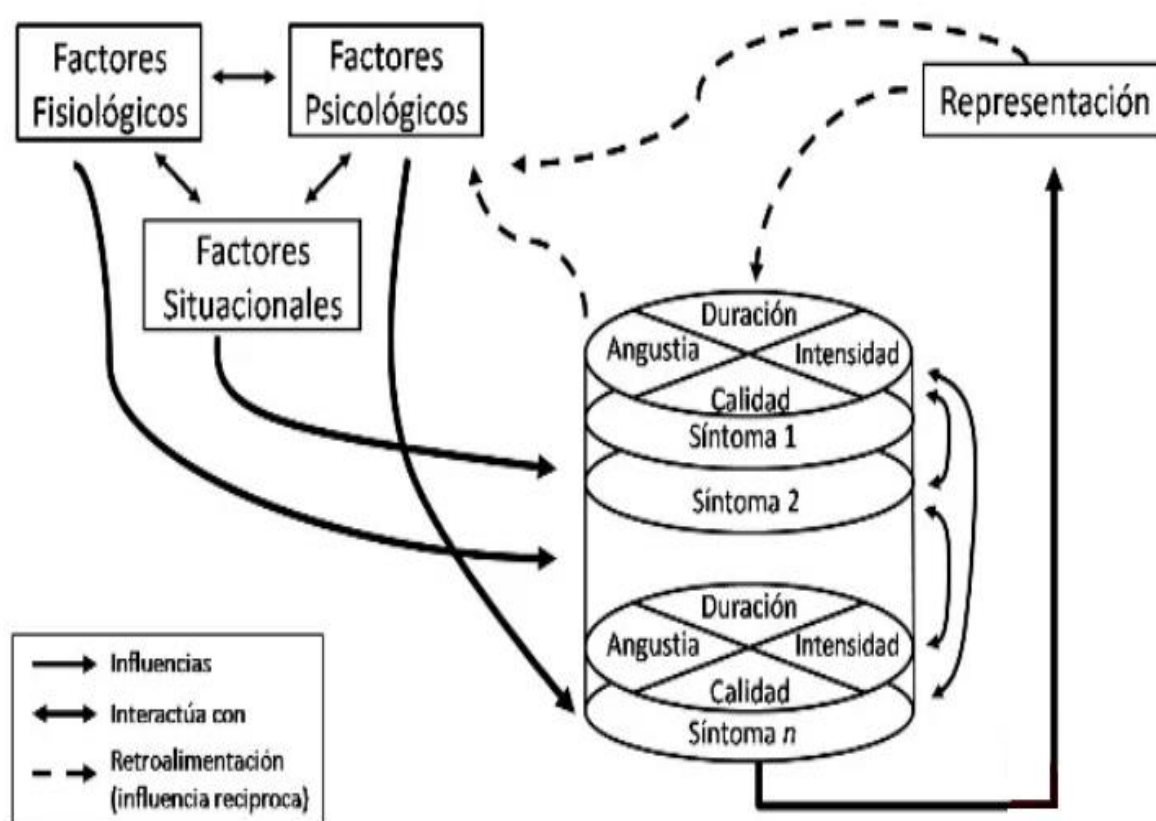


Figura 1. Representación de la Teoría de los síntomas desagradables de Elizabeth Lenz. Tomado de Lenz 2014.⁶⁴

Los factores relacionados son tres e incluyen los fisiológicos, los psicológicos y los situacionales. A continuación, se aborda cada uno de ellos:⁶⁴

- Los factores fisiológicos son los procesos que implican alteraciones patológicas en la funcionalidad de los sistemas, así como los relacionados con la nutrición y el tratamiento. La teoría afirma que pueden presentarse interacciones complejas entre los diferentes factores fisiológicos que influyen en el o los síntomas.
- Los factores psicológicos constituyen uno de los componentes más complejos del modelo. Incluye el conjunto de habilidades necesarias para afrontar el síntoma. Están relacionados con el estado anímico, la personalidad y el grado de ansiedad.
- Los factores situacionales abarcan el entorno social y físico en el que se encuentra el individuo. De este modo, el entorno cultural puede influir en la manifestación de los síntomas, dado que existe un componente extrínseco que modifica la forma de interpretarlos y expresarlos. También están relacionados con el acceso a recursos económicos, a la atención oportuna, eficaz y eficiente de los servicios de salud y al cuidado brindado por personas que posean las competencias para un abordaje integral.

Se establecen cuatro dimensiones, intensidad, calidad, duración y grado de estrés experimentado (distress o angustia). A continuación, se aborda cada una de ellas: ^{63,64}

- La dimensión intensidad o gravedad: se refiere a la severidad, la fuerza o la magnitud del síntoma que se presenta, de manera que sea cuantificable.
- La dimensión calidad: se refiere a la naturaleza de los síntomas o a la manera en que se manifiesta o se percibe, es decir, la experiencia subjetiva asociada a cada síntoma. Desde esta perspectiva, la teoría reconoce que cada síntoma posee características únicas. Existen descriptores específicos que permiten caracterizar a

cada síntoma como, por ejemplo: en el dolor se identifica el tipo de dolor, si es somático, visceral o neuropático, intensidad, frecuencia, duración, y los factores que lo intensifican o lo alivian.

- La dimensión duración: incluye el tiempo que dura y la frecuencia del o los síntomas. Permite diferenciar entre síntomas agudos y crónicos, que requieren enfoques terapéuticos diferentes.
- La dimensión grado de estrés experimentado (distress o angustia): se refiere al componente afectivo o al grado de molestia que experimenta el paciente debido a los síntomas. Ante un mismo síntoma, la persona de cuidado puede manifestar diferentes niveles de angustia. Dichos niveles están relacionados con la intensidad y naturaleza del síntoma; también tiene que ver con el sentido que la persona le atribuye al mismo.

Para el estudio de la teoría, la autora tuvo en consideración el análisis realizado por Gomes,⁶⁵ a través de la determinación de la coherencia lógica de la teoría y la construcción de una matriz lógica para observar relaciones explícitas, implícitas y desconocidas, donde se etiquetaron los conceptos principales y se diagramaron las relaciones. Se hace referencia que, aunque no existe ningún estudio empírico elaborado por los autores de la teoría, las relaciones citadas son válidas al considerar que fueron probados a través de investigaciones empíricas desarrolladas por otros profesionales.^{66,67} Por lo que se considera que existe una base teórica y filosófica que justifica las relaciones entre los conceptos.

Las interacciones entre los distintos elementos que componen la Teoría de los síntomas desagradables permiten al personal de Enfermería participar y hacer partícipe al paciente de manera activa de su proceso salud-enfermedad.⁶⁸ En este contexto, la autora asume la

mencionada teoría que le permite orientar la práctica clínica, de manera racional y sistemática, para proporcionar una atención más coordinada y menos fragmentada. Permite caracterizar el síntoma, en este caso el dolor, reconocerlo y tratarlo, con el propósito de diseñar métodos más efectivos para la valoración en la UCIP.

A juicio de la investigadora, el trabajo alrededor de evitar el dolor humano, como una experiencia sensorial y emocional desagradable y nociva, requiere que el personal de Enfermería disponga de esquemas simples que permitan minimizar el impacto. El abordaje teórico que se presenta pretende apoyar la sistematización y comprensión de los conocimientos y las experiencias relacionadas con el dolor humano. Con ello se pretende mejorar los procesos de investigación y educación mediante la cualificación de la asistencia y, en consecuencia, proporcionar un mejor alivio del dolor a cada persona que recibe cuidados. En tal sentido convertir el conocimiento en acción es una de las tareas más complejas en las ciencias de la actualidad.

En la literatura internacional, se utilizan varios términos para referirse a la transformación del conocimiento científico en propuestas de acción. Por ejemplo, en el ámbito estadounidense, es más habitual el uso de los términos “diseminación” y “difusión”, mientras que investigadores canadienses tienden a optar por los términos “transferencia”, “intercambio” y “traducción” en sí del conocimiento. Esta diversidad terminológica se debe a los diferentes contextos y actores involucrados en el proceso en los distintos países.⁶⁹ Para esta investigación se asume los referentes del Modelo de traducción del conocimiento desde la perspectiva del Instituto Canadiense de Investigación en Salud (CIHR).⁷⁰

1.3.2. Modelo de traducción del conocimiento en acción

El Modelo de traducción del conocimiento en acción se sustenta en diferentes teorías y modelos, agrupadas en las teorías de acción planificada, las teorías psicológico-cognitivas de cambios en las conductas del proveedor, las teorías educacionales, las teorías organizacionales y las teorías para la mejora de la calidad. A continuación, se realiza una breve descripción de cada una de ellas: ⁷¹

- Las teorías de acción planificadas se fundamentan en las teorías de cambio, las que se clasifican en dos tipos, las clásicas y las planificadas, las primeras referidas como teorías normativas y descriptivas, mientras las segundas son informativas y necesarias para identificar los determinantes de cambio, son utilizadas por investigadores, elaboradores de políticas y agentes de cambio, ya que están dirigidas a guiar el cambio.
- Las teorías psicológico cognitiva de cambios en las conductas del proveedor son utilizadas para la determinación de las conductas relacionadas con la salud de las personas y en particular el papel de factores cognitivos en conductas predictivas comunes. Ayudan a comprender y predecir el uso de las búsquedas. Debe ser usada para guiar la selección de intervenciones que permite maximizar el uso de la evidencia de investigación.
- En las teorías educacionales los puntos clave para el aprendizaje son lo afectivo y lo cognitivo, así como los estilos de aprendizajes, poseen tres dominios amplios, los psicomotores, afectivos y cognitivos. Incluye en la teoría del aprendizaje cinco perspectivas (conducta, cognitiva, construccionista, humanista y de aprendizaje

social). Los practicantes adultos están autodirigidos y pueden descubrir nuevos conocimientos.

- En las teorías organizacionales se visualiza el uso del conocimiento en la organización del cuidado de la salud y en los sistemas de salud. Se basa en tres conceptos básicos del uso del conocimiento: capacidades, procesos y codificación, los que funcionan como tres principios interrelacionados. Los expertos y el conocimiento no deben ser disociados cada uno fortalece al otro, el uso del conocimiento es un proceso donde tanto el conocimiento interno, como el externo consolidan la organización y el conocimiento codificado o explícito que juega un rol fundamental en los cambios organizacionales sostenibles.
- Las teorías de mejora de la calidad se fundamentan en la perspectiva de metas organizacionales que permiten brindar una mayor satisfacción al usuario de un servicio o sistema, en el marco de las políticas organizacionales. Tienen un papel transformador, otorgan valor agregado al servicio, con impacto en la eficiencia organizacional, mejoramiento continuo, control o reingeniería de procesos y optimización de recursos, aumento del desempeño y la productividad.

El Modelo de traducción del conocimiento en acción, ha sido catalogado como complejo y dinámico, sin límites definidos entre los dos componentes y entre sus fases: la fase del componente de creación de conocimiento y la de acción; las que pueden ocurrir de forma secuencial o simultánea.⁷¹ Este modelo favorece la comprensión de los investigadores y usuarios del conocimiento por ser accesible como un mapa, de las fases del proceso a seguir en la traducción del conocimiento, para abordar un tema específico, en una dirección determinada, en un contexto específico concreto.⁷²

Establece coherencia con el enfoque participativo, plantea la posibilidad de colaboración significativa de los usuarios del conocimiento, que incluye el desarrollo o perfeccionamiento de la pregunta de investigación, la elección de la metodología, la ejecución de la recolección de datos, la elección de herramientas, la evaluación de los resultados, la interpretación de los hallazgos, la elaboración de mensajes y la difusión de los resultados.⁷² El modelo actual comprende dos componentes distintos, relacionados entre sí, ellos son: el ciclo de creación del conocimiento y el ciclo de acción.⁷² Se consideró utilizar la figura del modelo original en idioma inglés, dado que no se posee autorización para realizar una traducción libre. (Figura 2)

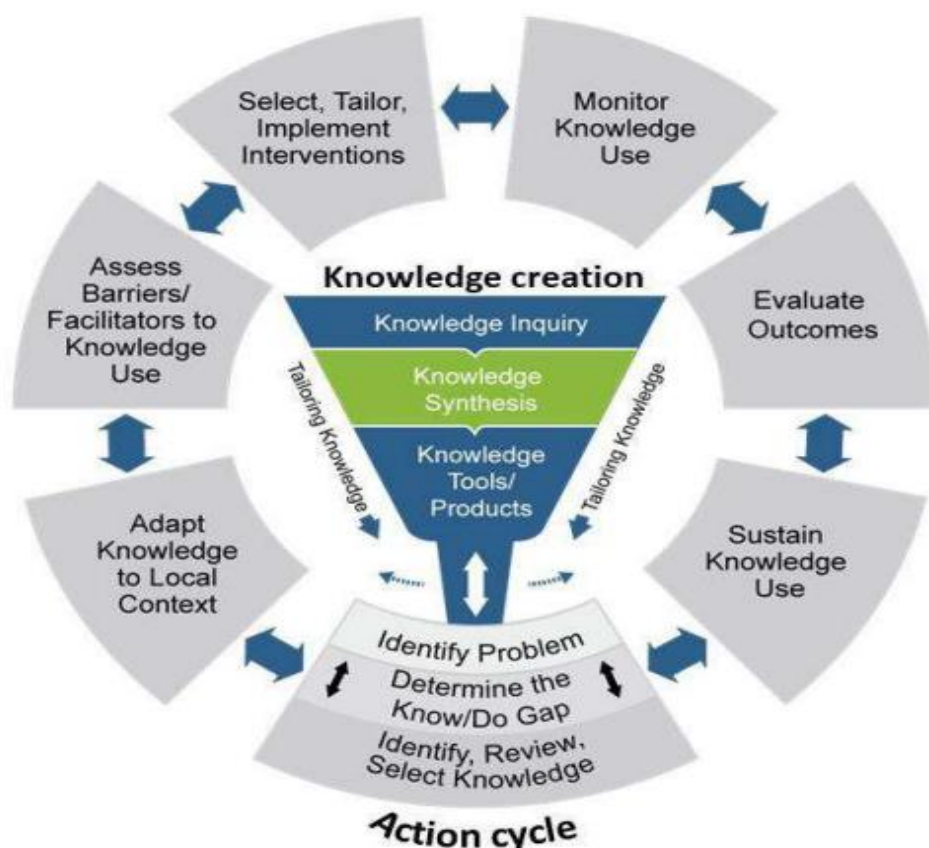


Figura 2. Modelo traducción del conocimiento en acción de Straus y otros⁷¹

A continuación, se explican de manera general los componentes del Modelo de traducción del conocimiento en acción:

El ciclo de la creación del conocimiento se organiza en un diseño de adaptación del conocimiento, dentro de un embudo invertido, subdividido en tres fases: investigación del conocimiento existente (primera generación de conocimiento: estudios primarios, investigación empírica); síntesis (segunda generación de conocimientos: revisiones sistemáticas, integradoras, narrativas y otras) y herramientas/productos (tercera generación de conocimientos: protocolos de ayuda a la toma de decisiones, directrices clínicas, productos para guiar las prácticas de cuidado en salud junto a la población).⁷¹

El ciclo de acción se estructura en siete fases interrelacionadas que pueden ocurrir de manera secuencial o simultánea. Es un proceso dinámico e interactivo en el que las flechas se dirigen en ambas direcciones; cada fase informa a la otra y el giro del embudo de la creación del conocimiento puede, de forma potencial, ir a cada fase.⁷² La fase de identificar, revisar y seleccionar conocimiento, es el punto de partida para la implementación. El investigador puede utilizar diferentes métodos y técnicas, pero precisa implicar de forma activa a los grupos de interés para la identificación, la determinación de las brechas entre el saber y el hacer, la revisión y selección de los conocimientos que serán utilizados.^{72,73}

Los bordes del diámetro del ciclo revelan seis pasos centrales de la traducción del conocimiento, ellos son: adaptación del conocimiento al contexto local, evaluación de barreras y facilitadores para uso del conocimiento, selección, articulación e implementación de intervenciones, monitoreo del uso del conocimiento, evaluación de resultados y mantener el uso del conocimiento.^{72,73} Todo este proceso sigue un curso no lineal, ya que

cada uno está relacionado con el otro, al permitir el movimiento fluido entre ellos, es decir, los investigadores y grupos de interés pueden utilizar fases fuera de secuencia, en dependencia del proyecto.

La fase de adaptar el conocimiento al contexto local es necesaria por la multiplicidad de condiciones socioeconómicas y políticas que existen en los diferentes contextos, lo que influye en la viabilidad de estrategias resolutivas. Para ello, esa adaptación requiere un enfoque sistemático y participativo, para que la evidencia tenga mayor aplicabilidad en la práctica. En la finalización se realiza la revisión externa, la consulta a las organizaciones profesionales relevantes y especialistas; además de establecer un plan de mantenimiento del material generado y su producción.^{72,73}

La fase evaluación de barreras y facilitadores tiene gran importancia en el ciclo de acción para ayudar en la realización de intervenciones enfocadas para hacer frente a la resistencia y promover la siguiente fase, que implica seleccionar y planificar actividades para promover la concientización y la implementación del conocimiento. Es interesante acotar que un mismo determinante puede ser una barrera o facilitar al proceso. Existen instrumentos para evaluar barreras y facilitadores. Se puede utilizar tanto el método cuantitativo como cualitativo, con diferentes técnicas.^{72,73}

De ahí en adelante, el foco de las fases siguientes es el seguimiento, evaluación y uso del conocimiento, para verificar el impacto de la aplicación en la salud individual y el sistema. Es decir, si hubo un cambio y si fue exitoso, en comparación con la situación previa a la propuesta de la transferencia del conocimiento. Para la fase de seleccionar, adaptar e implementar intervenciones, se deben establecer objetivos específicos para cada acción, así las intervenciones tienen más probabilidad de contribuir a la transformación de una

realidad, si está contextualizada. Por su parte en la fase de monitorear el uso del conocimiento se determina cómo y con qué extensión el conocimiento fue difundido en la población pretendida.^{72,73}

Por último, se presenta como una fase de mantenimiento el uso de conocimiento. Graham⁷⁴ sugieren un proceso similar al de la fase inicial de evaluación de barreras y facilitadores, pero con un enfoque diferente, orientado a evaluar los factores que puedan impedir o promover el mantenimiento de la aplicación del conocimiento. Añaden que, para lograr la sostenibilidad, es necesario crear un sistema dinámico de retroalimentación que conecte todas las fases de la acción. Existen algunas herramientas para evaluar el uso del conocimiento que puede ser por medio de la aplicación concreta del conocimiento (instrumental), cambios en la comprensión o actitudes (conceptual) o el uso del conocimiento como soporte o provisión (persuasivo).^{72,73,74,75}

Entre las evidencias de la aplicación del este modelo en la Enfermería de América Latina se registra su empleo en Brasil y Cuba. En el país suramericano para el diseño de tecnologías educativas, como un almanaque sobre cuidados de niño con el uso de colostomía,⁷⁶ un video que demuestra las intervenciones de manejo del dolor neonatal (lactancia materna, contacto piel a piel y soluciones dulces) durante procedimientos dolorosos menores,⁷⁷ una aplicación de celular para enfermeras sobre la preparación de familias de niños que viven con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida,⁷⁸ y un audiovisual para el aprendizaje de la fisiología de la lactancia materna.⁷⁹

En Cuba, en la evidencia consultada, se ha utilizado en cuatro investigaciones, todas en el área de Enfermería, en ellas se diseñaron tecnologías educativas, una para las familias sobre la prevención de las lesiones no intencionales en la infancia,⁸⁰ la otra una guía de

autocuidado para mujeres mastectomizadas,⁸¹ y otra para la preparación a cuidadoras de casas de cuidado infantil, desde la perspectiva de Enfermería.⁸² El cuarto estudio lo abordó para el diseño de instrumento para medir la calidad de los cuidados en el proceso de hospitalización desde la perspectiva de atención centrada en la persona.⁸³

En los dos primeros estudios se alcanzaron aportes teóricos mediante la integración del modelo con teorías de Enfermería, en el caso del tercer estudio se propuso la articulación entre las dimensiones del paradigma del cuidado emancipador y el patrón del conocimiento emancipador con el Modelo de traducción del conocimiento en acción. En el caso de la investigación de calidad de atención el modelo constituyó un referente fundamental.

En la investigación la autora asume el Modelo de traducción del conocimiento en acción desde el enfoque de construir una relación profesional de confianza y respeto, con la colaboración de todos los implicados y el compromiso del personal de Enfermería. En este contexto, la posibilidad de traducir el conocimiento popular para la práctica clínica, dígame con agentes del conocimiento como pacientes, familias y profesionales de Enfermería, e integrarlo con el conocimiento científico permitió el diseño de la intervención de enfermería para la valoración del dolor en la UCIP.

Conclusiones del capítulo I

El dolor infantil constituye un problema de salud; es necesario reconocerlo, evaluarlo, medirlo, seguir la evolución y las estrategias para controlarlo, para ello la utilización de instrumentos que sean apropiados para la edad y estado del niño. La valoración del dolor en la UCIP es la base para el abordaje integral y multidisciplinario para mejorar la atención y calidad de vida de los pacientes hospitalizados.

La Teoría de los síntomas desagradables de Elizabeth Lenz fue un referente para el estudio por la contextualización de las bases en el escenario hospitalario, las interacciones entre los distintos elementos que la componen que permite caracterizar el dolor, reconocerlo y tratarlo, desde un punto de vista integral, al conocer las características propias de cada paciente, al igual que los factores fisiológicos, psicológicos y ambientales.

El Modelo de traducción del conocimiento en acción ha sido empleado con éxito en investigaciones del área de Enfermería, en el caso del estudio que se presenta en esta tesis es un referente factible por el componente cíclico y participativo.

**CAPÍTULO II. REFERENTES METODOLÓGICOS QUE SUSTENTAN LA
VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

CAPÍTULO II. REFERENTES METODOLÓGICOS QUE SUSTENTAN LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Los referentes metodológicos orientan el proceso de investigación, permiten la planificación, organización y explicación de los procedimientos. En ellos es preciso definir el tipo y delimitación del enfoque de estudio, así como concretar las técnicas de investigación y modelos de análisis de datos.

En el caso de la tesis que se presenta este capítulo responde a las afirmaciones del párrafo anterior y tiene el propósito de exponer la concepción y el diseño del estudio. Se destacan en el mismo, como referentes teóricos, la Teoría de los síntomas desagradables de Elizabeth Lenz y el Modelo de traducción del conocimiento en acción de Straus, Tetroe y Graham.

2.1. Diseño de la investigación

Se realizó una investigación de desarrollo (I + D), mediante un estudio mixto de integración múltiple (DIM). De acuerdo con Hernández este tipo de estudio mixto permite una integración completa y simultánea de los enfoques cualitativos y cuantitativos en todas las etapas del proceso de investigación.⁸⁴ La complementariedad, la triangulación y la

ampliación de la comprensión, en este diseño proporciona una visión más holística y enriquecedora del fenómeno estudiado.⁸⁵

La utilización de diseños con métodos mixtos es una tendencia creciente en la investigación de enfermería y salud. Ese crecimiento se debe al hecho de que la combinación de métodos ofrece una alternativa para el estudio de fenómenos complejos, con frecuencia enfrentados por la disciplina de Enfermería.⁸⁵ En el caso del estudio que se presenta y de acuerdo con las fases utilizadas del modelo empleado como referente teórico, se recolecta de manera separada y paralela los datos cualitativos y cuantitativos, interpretados e integrados en los resultados, análisis y conclusiones.

2.2. Caracterización del escenario del estudio

El estudio se ejecutó en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos, en el período comprendido entre enero del año 2022 a enero del año 2024.

La UCIP está integrada por siete médicos, especialistas en Medicina Intensiva y Emergencia y una plantilla de enfermería de 20, distribuidos en dos técnicos en Enfermería y 18 Licenciados en Enfermería, de los cuales tres son especialistas. La edad promedio de los recursos humanos que allí laboran es de 50 años y una experiencia laboral superior a los ocho años. Cuenta con una infraestructura y dotación material de monitorización y de terapéutica intensiva para brindar atención especializada en nueve camas dedicadas a la asistencia intensiva, integral y continuada a los pacientes de edad pediátrica.

2.3. Población de estudio y estrategia muestral

Dado el enfoque de esta investigación mixta se describe a continuación la población de estudio y la estrategia muestral para cada metodología: cualitativa y cuantitativa.

Enfoque cualitativo: se estructuró en dos grupos poblacionales. El primero integrado por 18 Licenciados en Enfermería que laboran en la UCIP en el momento de la realización del estudio. Se utilizó el muestreo no probabilístico, homogéneo, según Hernández ⁸⁴ donde las unidades a seleccionar poseen un mismo perfil o característica o bien comparten rasgos similares. En este caso la característica común utilizada para la selección de la muestra fue ser Licenciados en Enfermería que laboran en la UCIP por más de diez años y que aceptaran participar en el estudio. La muestra quedó constituida por diez Licenciados en Enfermería. De ellos, fueron seleccionados cinco, para la adaptación lingüística y cultural de las escalas para la valoración del dolor. El criterio de selección para esta muestra se basó en ser especialistas o diplomados en Enfermería Intensiva Pediátrica. De igual manera, se incluyó un especialista en gramática, redacción y estilo de la lengua española, con más de cinco años de experiencia profesional para el análisis lingüístico de las escalas.

El segundo grupo poblacional integrado por 12 expertos seleccionados por criterios, que tienen una reconocida experiencia profesional avalada en el área por su alta calificación científico-técnica. Se consideraron como criterios para la selección de los expertos ser médicos o enfermeras con mínimo diez años de experiencia de trabajo en UCIP, ser especialistas o máster, con experiencia en la investigación de aspectos relacionados con la atención a pacientes hospitalizados en la UCIP. Como criterio de exclusión, que no ofreciera el consentimiento informado para participar en la investigación.

Enfoque cuantitativo: población conformada por 135 pacientes hospitalizados en la UCIP en el período comprendido de septiembre a noviembre del año 2023. La población se estratificó por grupos de edades, desde un mes de nacido hasta siete años, grupo poblacional que predominó en relación con el número de ingresos en la UCIP durante la realización de la investigación.

Se consideraron como criterios de inclusión el asentimiento de los pacientes en edad escolar y el consentimiento de los padres en participar en la investigación. Como criterios de exclusión pacientes con enfermedad mental que dificulte el contacto con la realidad, juicio crítico y dificultades en la comprensión.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Donde:

$Z = 1,96$ (valor tabulado para un 95% de confianza)

$e = 0,03$ (error de muestreo (0,05))

$p = 0,05$ (proporción estimada (0,01 a 0,99))

$q = 0,05$ ($1 - p$)

$N = 135$ (población)

$n = 118$ (muestra mínima)

| Variaciones de error de muestreo | | | |
|----------------------------------|---------|-----------|--------|
| e = 0,01 | n = 131 | e = 0,075 | n = 75 |
| e = 0,025 | n = 122 | e = 0,08 | n = 71 |
| e = 0,03 | n = 118 | e = 0,10 | n = 56 |

La muestra mínima (n= 118) fue calculada de forma estratificada proporcional por grupo de edades. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Cálculo del tamaño de la muestra en cada estrato

| Edad | Proporción de la población (N=135) | Tamaño del subgrupo en la muestra (n=118) | Porcentual para perdidas 15% | Muestra |
|---------------------|------------------------------------|---|------------------------------|---------|
| 1 mes hasta < 1 año | 27/135=0,2 | 0,2*118= 24 | 4 | 28 |
| 1 año < 2 año | 16 /135=0,12 | 0,12*118= 14 | 2 | 16 |
| 2 año < 3 año | 13 /135= 0,09 | 0,09*118= 11 | 1 | 12 |
| 3 año < 4 año | 20 /135= 0,15 | 0,15*99= 18 | 3 | 21 |
| 4 año < 5 año | 13/135= 0,09 | 0,09*118= 11 | 1 | 12 |
| 5 año < 6 año | 16/135= 0,12 | 0,12*118= 14 | 2 | 16 |
| 6 año ≤ 7 año | 15/135= 0,11 | 0,11*118= 13 | 2 | 15 |
| Total | | 105 | 15 | 120 |

2.4. Algoritmo de la investigación para el diseño de la intervención

Dado que el estudio utilizó como referente teórico el Modelo de traducción del conocimiento en acción, se empleó la representación gráfica del mismo para visualizar la relación estructural de las etapas y objetivos de investigación. En la figura 3 que se presenta a continuación se representó dicho algoritmo.

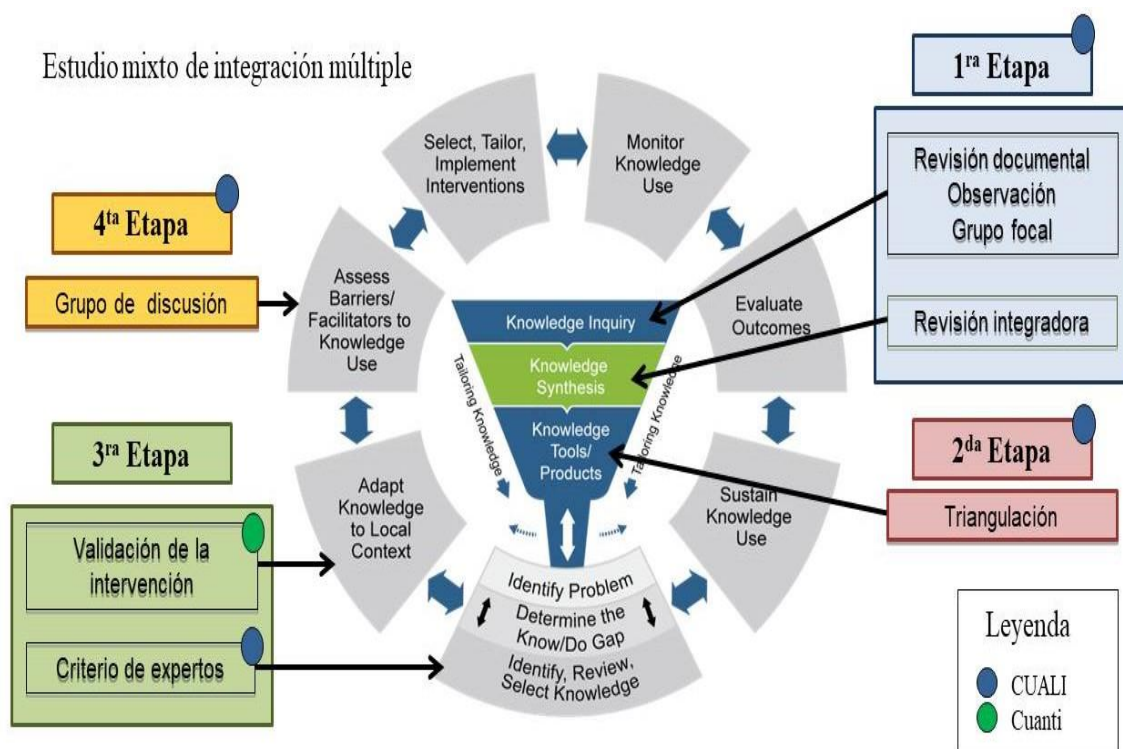


Figura 3. Modelo de traducción del conocimiento en acción y etapas del diseño metodológico. Elaborado por la autora

La figura 3 muestra las etapas del diseño metodológico en correspondencia con los ciclos del Modelo de traducción del conocimiento en acción. La primera etapa, diagnóstico de las necesidades de intervención, comprende las dos primeras fases del ciclo interno de creación del conocimiento (investigación del conocimiento existente y síntesis del conocimiento).

La segunda etapa, diseño de la intervención, se corresponde con la tercera fase del ciclo interno (herramientas/productos). La tercera etapa, validación de la intervención, se limitó a dos fases del ciclo de aplicación del conocimiento (identificar, revisar, seleccionar conocimiento y adaptación del conocimiento al contexto local). La cuarta etapa, evaluación, se enmarcó en la tercera fase del ciclo externo (evaluación de barreras y facilitadores para el uso del conocimiento).

Para mejor comprensión, también se diseñó un algoritmo metodológico de acuerdo con las etapas del diseño de la intervención. El mismo se muestra a continuación en la figura 4. Posterior a dicha figura se detalla en cada etapa las técnicas y procedimientos empleados.

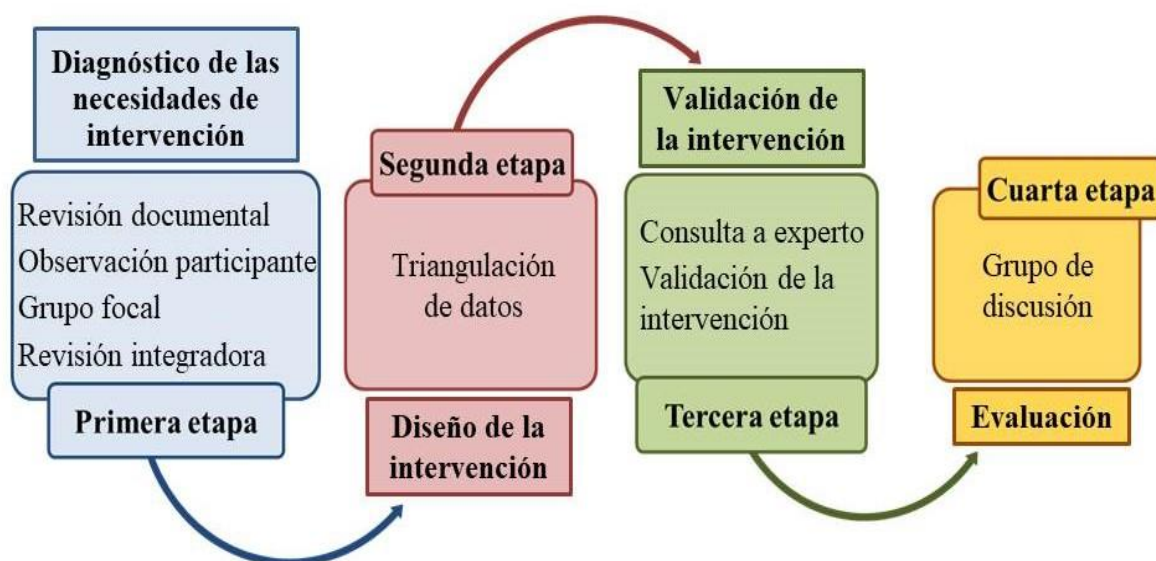


Figura 4. Algoritmo de investigación según las etapas de la intervención

2.4.1. Etapa 1. Diagnóstico de las necesidades de intervención

Esta etapa se realizó de enero a diciembre del año 2022 e incluyó dos fases del ciclo interno del Modelo de traducción del conocimiento en acción. En la primera fase, investigación del conocimiento, se realizó revisión documental, observación participante y grupo focal. En la segunda fase, síntesis del conocimiento, se realizó una revisión integradora. En los tres siguientes sub-acápites se describe en detalle cada fase de esta etapa.

2.4.1.1. Exploración de la valoración del dolor en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

La investigación del conocimiento se realizó mediante tres técnicas, en primer lugar, la revisión documental. La misma fue entre los meses de enero a mayo del año 2022, para ello

se utilizaron fuentes primarias de información como la historia clínica individual, el registro de entrega y recibo de guardia, informes estadísticos y discusiones de caso. Se revisaron 54 historias clínicas y 23 discusiones de caso para la identificación de la valoración clínica y de enfermería en relación con el dolor en los pacientes hospitalizados en la UCIP. El objetivo fue buscar en dichos documentos registros del abordaje del dolor.

La segunda técnica fue la observación participante. La que se realizó desde el 6 de junio hasta el 26 de agosto del año 2022, con el objetivo de conocer como los profesionales de Enfermería realizaban la valoración del dolor en los pacientes durante la hospitalización en la UCIP. La observación permitió con la ayuda de una guía estructurada, la pesquisa por observación directa del fenómeno, el acercamiento a la problemática de investigación en relación con las insuficiencias en la valoración del dolor. (Anexo 1) Se realizaron 60 observaciones, a razón de cinco observaciones de cuatro horas, durante cinco días de cada semana, que incluyeron turnos de trabajo de mañana, tarde y noche, del personal de Enfermería.

La tercera técnica fue el grupo focal, en la que participaron diez profesionales de Enfermería, que laboran en el escenario investigativo. De ellos, nueve Licenciados en Enfermería y un especialista en Enfermería en Neonatología y Pediatría, diplomado en Enfermería Intensiva Pediátrica. Esta técnica se realizó en el mes de septiembre del año 2022, permitió realizar la exploración a profundidad de la percepción de los participantes referente a los criterios sobre la valoración del dolor en los pacientes hospitalizados en la UCIP.

Se seleccionó esta técnica porque constituye el resultado de un esfuerzo colaborativo de los participantes y el moderador investigador, en el que el contenido del encuentro es el

producto de un relato co-construido, o un texto negociado, de manera contextual.⁸⁴

Además, la selección obedece a las ventajas que posee esta técnica grupal para recolectar datos de tipo cualitativo, dado que en el proceso del encuentro grupal los participantes expresan sus puntos de vista.^{86,87}

Dadas las ventajas de la técnica grupal, a partir de reflexiones sobre un determinado fenómeno social, en su propio vocabulario, generaron sus propias preguntas y buscaron respuestas pertinentes a la interrogante de la investigación. La pregunta indagatoria fue: ¿Cómo ustedes consideran que debe realizarse la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos pediátricos? Para la realización de la técnica se tuvieron en cuenta las fases de desarrollo de las técnicas grupales:⁸⁷ planteamiento de objetivos, preparación, organización y desarrollo del tema, análisis de la información. (Anexo 2)

El local seleccionado poseía las condiciones estructurales de espacio, ventilación y buena iluminación. Se organizaron los asientos en forma de herradura lo que permitió una buena visibilidad e intercambio entre los participantes y el moderador. Participaron tres auxiliares de investigación, una como observadora que llevo la relatoría y las otras dos grabaron las sesiones y colaboraban en los aspectos necesarios logísticos. Se contó con los medios de grabación de la técnica, aspecto necesario para el posterior análisis de contenido. Para la realización de la grabación de audios, videos o fotografía se les solicitó el consentimiento informado, se les explicó que la información solo será utilizada por la investigadora para la obtención de la información. (Anexo 3)

La moderadora explicó los objetivos, la importancia de la realización, las razones de la selección de los participantes y la dinámica de trabajo que se utilizaría durante la sesión. En

la fase central se dirigió la conversación hacia la temática de la valoración del dolor en la UCIP. El debate transcurrió de manera armónica, sobre la base del respeto y con la participación de todas las personas. Para garantizar el anonimato del personal de Enfermería participante se les asignó un código para el registro como Enfermera Intensivista (EI) y se enumeraron de acuerdo con el orden con que hicieron uso de la palabra.

Para el procesamiento de la información se utilizó la técnica de análisis de contenido de acuerdo con los criterios de Bardin,⁸⁸ en el que se empleó un análisis temático para obtener categorías empíricas. Dicho proceso fue estructurado en tres fases: pre-análisis, exploración del material y tratamiento de resultados, inferencia e interpretación. La misma se realizó de manera manual por dos personas de forma independiente y a posterior se consensuó el resultado final.

En la fase de pre-análisis se organizó el cuerpo textual y se realizó la lectura fluctuante con el propósito de apropiarse de las ideas de inicio. Se decidió utilizar el método colorimétrico para seleccionar las unidades de registro. En la fase de exploración fue realizada la lectura en profundidad del cuerpo textual, los datos ordinarios fueron transformados, organizados y reunidos en unidades que permitieron la descripción de las características pertinentes del contenido, se identificó con diferentes colores las unidades de registro que emergieron y se buscaron los núcleos de sentido que dieron lugar a las categorías. En la fase de tratamiento de resultados, inferencia e interpretación se ejecutó el análisis categorial, se aplicó la frecuencia ponderada para comprobar el peso de frecuencia de cada categoría.

2.4.1.2. Revisión integrativa

La fase síntesis del conocimiento se realizó entre los meses de octubre a diciembre del año 2022 a partir de la revisión integrativa de la literatura científica, dada la poca información que se encontró del tema cuando se inició el estudio. Se desarrolló una estrategia de búsqueda en las bases de datos SciELO, Dialnet, BDENF, Medline/PubMed, LILACS, IBECs, Elsevier, Google Scholar, orientada a partir de la pregunta: ¿cómo se aborda la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos pediátricos?

El recorte temporal de la búsqueda fue entre los años 2017 al 2022. Los criterios de inclusión fueron: estudios originales a texto completo, que declararan la metodología aplicada, realizados en cualquier país, publicado en inglés, español o portugués. Los criterios de exclusión fueron estar duplicados y no ajuste al tema. Se utilizaron las palabras clave “Dolor”, “Dolor agudo”, "Manejo del Dolor", "Dimensión del Dolor", "Percepción del Dolor", “Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico”. La autora para organizar la consulta de los diferentes sitios científicos utilizó la estrategia de PICOT, ⁸⁹ según se ilustra en el cuadro 2 a continuación.

Cuadro 2. Estrategia de revisión. Cienfuegos, Cuba 2022

| Acrónimo | Definición | Descripción |
|-----------------|------------------------|---|
| P | Paciente o problema | Pacientes hospitalizados en UCIP |
| I | Intervención | Valoración del dolor |
| C | Control de comparación | |
| O | Resultados | <ul style="list-style-type: none">- Escalas para la valoración del dolor en UCIP.- Barreras de implementación en UCIP- Beneficios de la implementación en UCIP. |
| T | Tiempo | <ul style="list-style-type: none">- Período de hospitalización en la UCIP. |

Fuente: elaboración propia de la autora

Para extraer los datos de los artículos, se elaboró una base de datos que contiene: título, autores, año de publicación, objetivos, metodología y resultados. El análisis se realizó de forma descriptiva y se llevó a cabo en dos etapas. La primera incluyó: lugar de publicación, año y país donde se desarrolló la investigación. La segunda etapa estuvo compuesta por el análisis de los objetivos, la metodología y los resultados para identificar las similitudes y diferencias entre estos.

2.4.2. Etapa 2. Diseño de la intervención de enfermería para la valoración del dolor

Esta etapa se realizó de enero a agosto del año 2023 e incluyó la tercera fase del ciclo interno (herramienta o producto del conocimiento). El resultado fue el diseño de la intervención de enfermería dirigida al personal de Enfermería para la mejora de la valoración del dolor en los pacientes pediátricos hospitalizados en la UCIP. En esta fase se utilizó la triangulación de datos ⁹⁰ que facilitó el uso de diversos métodos para la articulación y validación de los resultados, lo que posibilitó contraponer y ponderar datos, así como enriquecer la comprensión de estos. Para mejor comprensión de la misma se presenta a continuación el cuadro 3.

Cuadro 3. Resultados utilizados en la triangulación para el diseño de la intervención de enfermería para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la UCIP

| Resultados para la triangulación | Investigación del conocimiento | | Síntesis del conocimiento | |
|----------------------------------|---|--|---|---|
| | Observación | Grupo focal | Revisión integradora | Otras referencias bibliográficas |
| Contienen | Categorías según las descripciones del observador | Categorías y los discursos, según descripciones de los participantes | Temas identificados, escalas de valoración y las evidencias científicas de los estudios seleccionados | Intervenciones de enfermería relacionadas con la valoración del dolor |

En este caso, la triangulación se efectuó con la combinación de los datos procedentes del diagnóstico de las necesidades de preparación del personal de Enfermería para la valoración del dolor, concretadas en las categorías descritas en los resultados de la observación y el grupo focal, con la evidencia científica de la síntesis del conocimiento obtenida mediante la revisión integradora descrita en párrafos anteriores de ese mismo epígrafe. Fue necesario, además de lo encontrado en la revisión integradora, realizar otras búsquedas bibliográficas, en libros, tesis y artículos científicos.

El análisis de estos datos se realizó de forma organizada, se comenzó por el análisis de los resultados del diagnóstico e intereses del personal de Enfermería que labora en la UCIP, los cuales se relacionaron con los temas que emergieron de la revisión integradora: escalas para la valoración del dolor, guías, estrategias para la valoración del dolor. Estos temas sirvieron de eje conductor para la búsqueda de otros artículos que contenían intervenciones de enfermería relacionadas con la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la UCIP.

La autora de la investigación para el diseño de la intervención, partió en primer lugar, del análisis de los referentes teóricos, sistematizados en el primer capítulo de la tesis, la Teoría de los síntomas desagradables y el Modelo de traducción del conocimiento en acción, como ejes conductores de la investigación. A partir de lo anterior y en correspondencia con el objetivo de la investigación se realizó una sistematización del concepto de intervención de enfermería. Se revisó el glosario de términos relacionados con el tema ilustrado por varios autores que posibilitó identificar regularidades en las definiciones de intervención.^{91,92,93,94}

Los pasos para el diseño de la intervención se describen a continuación:

1. Análisis de los resultados del diagnóstico e intereses del personal de Enfermería.
2. Revisión bibliográfica.

3. Identificación de los contenidos afines con los objetivos del estudio.
4. Selección de las escalas para la valoración del dolor en UCIP.
5. Diseño del programa de superación.
6. Confección de una guía para la valoración del dolor en la UCIP.
7. Revisión y aprobación de la guía.

El análisis de los resultados del diagnóstico e intereses del personal de Enfermería se realizó en cuatro sesiones de trabajo, con diferentes horas de duración cada una. De igual manera, para la selección de las escalas se realizaron cinco sesiones de trabajo. La selección del contenido a tratar en la guía se realizó en cuatro sesiones de trabajo con dos horas de duración cada una; el diseño final de la guía en cuatro sesiones de trabajo con una hora de duración cada una y por último, la revisión y aprobación, en dos sesiones de trabajo de una hora de duración.

2.4.3. Etapa 3. Validación de la intervención

Esta etapa se realizó de septiembre a diciembre del año 2023 e incluyó las dos primeras fases del ciclo externo del Modelo de traducción del conocimiento en acción. En la primera fase, identificar, revisar y seleccionar el conocimiento, se consulta con expertos. En la segunda fase, adaptación del conocimiento al contexto local, se validó la intervención de enfermería.

Para la validación de contenido de la intervención de enfermería, se realizó con los 12 expertos seleccionados de acuerdo con lo descrito en el acápite 2.3. Se les entregó el cuestionario para el informe de opinión. (Anexo 4) Se sometió a consideración las etapas de la intervención de enfermería, la guía de valoración del dolor, la validez y confiabilidad de las escalas, la representación gráfica del algoritmo y el curso de superación

(entrenamiento). Se ofreció la posibilidad que cada experto podía dar su opinión acerca de que modificaría o incluiría.

Para la consulta a expertos se utilizó la estrategia para la recolección de evidencias de validez basada en la metodología de Barraza.⁹⁵ Declara que con los ítems que sean aprobados por los expertos se calcula una media general, de las puntuaciones de las categorías de medición, las cuales son: no pertenece (NP) con valor de cero, probablemente no pertenece (PNP) con valor uno, probablemente si pertenece (PSP) con valor dos y si pertenece (SP) con valor tres. Los ítems que obtenga menos de 1,5 se eliminan, con los ítems restantes se interpreta el resultado con la escala sugerida por el autor de referencia:

- De 1.6 a 2 se considera que el ítem o la sección presentan una validez débil.
- De 2.1 a 2.5 se considera que el ítem o la sección presentan una validez aceptable.
- Más de 2.6 se considera que el ítem o la sección presentan una validez fuerte.

Para utilizar un cuestionario, escala o instrumento en la práctica clínica, es necesario comprobar que evalúa un fenómeno apropiado y de modo constante en las mismas circunstancias, que es sensible a las variaciones de la situación clínica y que no presenta dificultades de aplicación en la práctica. Este proceso de comprobación de las características del instrumento se denomina validación, y el rigor de la metodología utilizada es imprescindible para garantizar que los resultados obtenidos en el estudio se puedan interpretar de manera adecuada.⁹⁶

Como parte de la intervención de enfermería, se seleccionan y validan las escalas a utilizar para la valoración del dolor. En un primer momento, las escalas fueron sometidas a un proceso de adaptación lingüística y cultural. Se empleó como método, el Análisis

Lingüístico de ítems, revisión semántica del instrumento para identificar términos poco frecuentes en el contexto donde se pretende aplicar, así como aquellos términos cuyo significado sea diferente a lo aceptado y que permita su sustitución por alternativas de mejor comprensión.^{97,98} Para ello se seleccionaron de manera intencional cinco enfermeras que laboran en la UCIP y un especialista en gramática, redacción y estilo de la lengua española, con más de cinco años de experiencia profesional.

Para la validación de contenido de las escalas, se utilizó el método Delphi,^{99,100} el cual se sustenta sobre dos principios fundamentales: la inteligencia colectiva y la participación anónima. Para este procedimiento se efectuaron dos rondas de participación con los 12 expertos seleccionados. Durante el proceso de validación se trató de que dichos expertos hicieran la valoración de forma individual, y evitaran tener conocimientos sobre las opiniones emitidas por otros colegas, para que estas no influyeran en sus puntos de vista. Se tuvieron en cuenta las valoraciones emitidas por los expertos, así como la coincidencia o no de las mismas, se resaltaron aquellos criterios que pudieran enriquecer o mejorar la propuesta. (Anexo 5)

La evaluación de las escalas se hizo mediante la plantilla juicio de expertos con relación a cuatro criterios básicos, propuesta por Escobar:¹⁰¹

- Claridad: se comprende de manera fácil.
- Coherencia: guarda relación con lo que se pretende evaluar.
- Relevancia: es esencial para evaluar lo que se pretende.
- Suficiencia: son suficientes para evaluar en la totalidad lo que se pretende.

A partir de estos criterios se estableció una escala numérica para cada una de las categorías propuestas, donde 1 expresa la menor expresión del indicador y 5 la mejor. Una vez que se obtuvieron los resultados de los expertos en una primera y segunda ronda se realizó el análisis estadístico mediante el coeficiente de concordancia W de Kendall. Este coeficiente mide el grado de concordancia entre varios rangos de objetos o individuos y es útil cuando se requiere que los expertos asignen rangos a los elementos evaluados. En este contexto, se mide el grado de acuerdo entre los evaluadores de manera ordinal. El coeficiente puede variar desde un valor mínimo de 0 hasta un máximo de 1. Por lo tanto, las hipótesis planteadas son:

- H0: los rangos son independientes, no hay concordancia entre jueces.
- H1: hay concordancia significativa entre los rangos.

Cuando el nivel de significancia (valor p) es inferior al 0.05 se rechaza la H0 y se concluye que hay concordancia significativa entre los rangos que asignaron los jueces; la fuerza de la concordancia aumenta cuando W se acerca a 1. Además del análisis estadístico, se solicitaron observaciones y comentarios adicionales.^{102,103} Para el análisis se consideró que el contenido era adecuado si para todos los criterios evaluados obtenía como mínimo el 70 % de las respuestas emitidas en la categoría 5.^{104,105}

Los expertos seleccionados ofrecieron su opinión sobre cada uno de los aspectos solicitados a través de cinco categorías evaluativas: 1.- No adecuada, 2.- Poco adecuada, 3.- Adecuada, 4.- Bastante adecuada, 5.- Muy adecuada

Para la evaluación de la consistencia interna, la estabilidad temporal, la validez de constructo y de criterio de las escalas, se realizó un muestreo probabilístico estratificado

por grupos de edades. A partir de la población conformada por 135 pacientes, se calculó el tamaño de la muestra por grupos de edades, para una muestra de 120 pacientes entre las edades comprendidas entre un mes y siete años, como se explicó en el acápite 2.3 del presente capítulo.

Para el procesamiento de la información se crearon dos bases de datos en el Paquete Estadístico SPSS 21.0. Con el primer registro, se obtuvieron las evaluaciones según indicadores de Escobar ¹⁰¹ de los diferentes ítems de las escalas de valoración del dolor, según los expertos para una primera y segunda ronda, luego se aplicó la Prueba del coeficiente de concordancia W de Kendall; para dar lugar a la validez de contenido.

A partir de la segunda base de datos se calcularon tablas de frecuencia para la validez de constructo a través del Análisis Factorial por Componentes Principales. Se comprobó el ajuste del modelo a partir de la prueba de Esfericidad de Bartlett y se estableció como criterio para considerar un valor de $p \leq 0.05$. A continuación, se realizó la elección de los componentes a retener a través del criterio de normalización de Kaiser.

El análisis de la fiabilidad incluyó la estabilidad temporal y la consistencia interna. La estabilidad temporal se realizó la fiabilidad test – retest, también llamada fiabilidad intra-observador, verifica la repetibilidad del instrumento, es decir, la capacidad de obtener un resultado similar al ser aplicada por el mismo observador, en iguales condiciones en dos momentos diferentes. ^{19,96} El tiempo entre las dos mediciones depende del evento que se estudia y no debe ser muy extenso para minimizar la variabilidad, pero tampoco debe ser muy corto para evitar que se recuerden las respuestas de la primera medición por parte del observador.

En el caso de la estabilidad temporal se aplicaron las escalas en dos momentos consecutivos a un mismo grupo de pacientes, con un intervalo de 24 horas. Este período de tiempo se consideró suficiente para que no recordaran las respuestas de la primera aplicación y a la vez no existieran cambios o alteraciones en el objeto de estudio. Para comprobar dicha estabilidad en el tiempo se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson.¹⁰⁶ Para evaluar la consistencia interna, también denominada homogeneidad, mide la coherencia y relación entre los ítems de un instrumento y los dominios de la escala, evalúa que cada uno de ellos mida su objetivo. Para la medición se utilizó el coeficiente de alfa de Cronbach global.¹⁰⁶

2.4.4. Etapa 4. Evaluación de la intervención

La etapa de evaluación se limitó a la tercera fase del ciclo de acción del Modelo de traducción del conocimiento en acción. De acuerdo con el modelo, la fase evaluación barreras/facilitadores para el uso del conocimiento involucra de manera activa al público o usuarios del conocimiento, que en el estudio que se presenta, es el personal de Enfermería que labora en la UCIP. De ahí que con ellos se realizó un grupo de discusión en el mes de diciembre del año 2023. (Anexo 6)

En el grupo de discusión, participaron los mismos integrantes del grupo focal desarrollado en la primera etapa de la investigación y con iguales condiciones en relación con el local y la forma de realización. Con el fin de preservar el anonimato, se identificaron con la letra “EI” el personal de Enfermería, como se explicó en epígrafes anteriores, al igual que el procesamiento de la información.

Las narrativas fueron grabadas, transcritas y agrupadas en un cuerpo textual para el análisis de contenido, de tipo temático-categorial. En este caso, se realizó la interpretación de las narrativas de los datos mediante el análisis temático, donde emergieron de manera

inductiva las categorías y subcategorías. El análisis del grupo de discusión se realizó en base a las categorías del referencial teórico, con las que se utilizó un proceso de inducción respaldado en el Modelo de traducción del conocimiento en acción.

En tal sentido las categorías del referencial teórico fueron:

- Barreras para el uso del conocimiento: situación o hecho que dificulta la implementación de la herramienta o producto.
- Facilitadores para el uso del conocimiento: situación o hecho que posibilita la implementación de la herramienta o producto.

2.5. Aspectos éticos de la investigación

En un primer momento se solicitó la autorización de los directivos del Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos (Anexo 7) y la aprobación del Comité de Ética de la Investigación y del Consejo Científico de esta institución para la realización de la investigación; aprobado según Acuerdo No. 5, con fecha 11 de febrero de 2020. (Anexo 8) De igual manera se presentó ante el Consejo Científico Provincial de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, aprobado según Acuerdo 14, con fecha 5 de marzo de 2020. (Anexo 9)

Luego se realizó la coordinación con los especialistas de Medicina Intensiva Pediátrica y el personal de Enfermería de la UCIP, para la aprobación de la realización de la investigación y su participación, los cuales apoyaron el estudio. Se les explicó la intencionalidad y justificación del proceso de investigación, así como también la confidencialidad de los datos acopiados y los deberes del equipo de trabajo. La información que se obtuvo en el

estudio no fue utilizada con fines ajenos a la investigación. La custodia de los datos estuvo en manos del investigador principal.

Se solicitó por escrito el consentimiento informado de los participantes en el estudio, a quienes se les garantizó la confidencialidad de la información, al tiempo que se les explicó los objetivos de esta. A los pacientes incluidos en el estudio, según estado de conciencia y edad, se les solicitó el asentimiento. De igual manera, a la familia se les solicitó el acto de voluntad para colaborar con la realización del estudio y aquellos que dieron la aprobación firmaron el Acta de Consentimiento Informado.

Conclusiones del capítulo II

El desarrollo de un estudio mixto de integración múltiple desde los referentes teóricos de la Teoría de los síntomas desagradables de Elizabeth Lenz y el Modelo de traducción del conocimiento en acción de Straus, Tetroe y Graham, constituyó una combinación esencial para lograr los resultados.

Permitió un diseño metodológico novedoso para el desarrollo de la intervención de enfermería, que mediante la consecución del análisis conjunto de ambos referentes propició el logro de un producto de gran valor científico y práctico para las Ciencias de la Enfermería.

**CAPÍTULO III. RESULTADOS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN DE
ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
PEDIÁTRICOS**

CAPÍTULO III. RESULTADOS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Durante la investigación se considera la intervención de enfermería, sobre la base de los requisitos para la valoración del dolor, que tiene como sustento la Teoría de los síntomas desagradables e integrados a un modelo participativo de intervención en salud basado en el criterio del personal de Enfermería y respaldado en la evidencia científica, el Modelo de traducción del conocimiento en acción. De ahí que el objetivo del capítulo sea analizar los resultados alcanzados en el estudio.

3.1. Resultados de la etapa 1. Diagnóstico de las necesidades de intervención

La etapa de diagnóstico permitió identificar las brechas existentes entre el actuar de las enfermeras, los conocimientos y las habilidades necesarias para la valoración del dolor. Los resultados de la revisión documental, la observación participante, el grupo focal y la revisión integrativa se describen a continuación.

3.1.1. Exploración de la valoración del dolor en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

Desde el inicio del proceso de investigación, la autora realizó la revisión documental, donde se detectaron dificultades en la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la UCIP. Como resultado de la revisión de las historias clínicas, documentos rectores y los planes de cuidados de enfermería se detectó por la autora que:

- no se declara la utilización de escalas para la valoración del dolor en las historias clínicas;
- los planes de cuidados de enfermería tienen escasas acciones relacionadas con el alivio del dolor; en el mayor porcentaje están relacionadas a acciones dependientes como el cumplimiento de indicaciones médicas;
- se identificó la necesidad de superación en temáticas relacionadas con la valoración del dolor para los profesionales de la UCIP, durante las actividades del pase de visita docente de enfermería y presentación de caso.

Con ayuda de una guía estructurada, la autora realizó la pesquisa por observación participante, lo que le permitió el acercamiento a la problemática de investigación en relación con las insuficiencias en la valoración del dolor de los pacientes hospitalizados en la UCIP. Se identificó la utilización de sedoanalgesia previo a la realización de maniobras invasivas como protocolo de actuación; sin embargo, no se utilizan escalas validadas para la valoración del dolor, solo valoran la intensidad del dolor en función de los signos vitales y demás registros fisiológicos en el caso de los pacientes que no lo expresan de manera

verbal por limitaciones en el estado de conciencia o por la edad. En otros casos según lo refiere el paciente o el familiar ante el interrogatorio.

De igual manera, se realizó el grupo focal donde los resultados desde las percepciones de los profesionales de Enfermería develaron tres categorías. La primera categoría: “necesidad de información de cómo medir o valorar el dolor”, la segunda categoría: “material e información necesaria para la valoración del dolor” y la tercera categoría: “capacitación del personal de Enfermería para la valoración del dolor”.

La descripción más detallada de cada una se comenta a continuación:

Primera categoría: “necesidad de información de cómo medir o valorar el dolor”.

Los mayores significados y experiencias de las participantes del grupo que se recogen como resultados se enfocaron en la necesidad de información de cómo medir o valorar el dolor. Así se declaran en voces de las participantes, como se puede leer a seguir los profesionales de Enfermería:

“...necesitamos prepararnos en ese tema, como utilizar las escalas, que explique cómo hacerlo” (EI1-10), “...información sobre qué escalas utilizar para la valoración del dolor, solo conocemos las de las caras” (EI2, EI3, EI5, EI9, EI10), “...acciones que podemos realizar” (EI2, EI3, EI5, EI9, EI10), “...información sobre trabajo que podemos hacer” (EI1, EI2, EI3, EI4, EI5, EI6, EI7, EI8, EI9, EI10).

Segunda categoría: “material impreso con información”.

Los mayores significados y experiencias de las participantes del grupo que se recogen como resultados se enfocaron en la solicitud, necesidad y preocupación de un material

impreso y de fácil manejo, que garantice la valoración del dolor. Así se declaran en voces de las participantes, como se puede leer a seguir los profesionales de Enfermería:

“...deberíamos tener un material impreso para guiarnos” (EI2, EI3, EI5, EI9, EI10), *“...una guía que podría incluso estar ubicada en cada cama de la unidad”* (EI2, EI3, EI5, EI9), *“...algún folleto o guía que tenga las escalas para la valoración del dolor”* (EI2, EI3, EI5, EI6, E7, EI9, EI10).

Tercera categoría: “capacitación para la valoración del dolor”.

Los mayores significados y experiencias de las participantes del grupo que se recogen como resultados se enfocaron en la necesidad de capacitación en relación con la valoración del dolor. Así se declaran en voces de las participantes, como se puede leer a seguir los profesionales de Enfermería:

“...saber más sobre este tema es una necesidad” (EI2, EI3, EI5, EI6, EI9, EI10), *“...deberíamos recibir más capacitación sobre ese tema”* (EI2, EI3, EI5, EI9, EI10), *“...nosotros debemos buscar también información”* (EI1, EI2, EI3, EI4, EI5, EI6, EI7, EI8, EI9, EI10), *“...comenzar con la capacitación de todo el personal de Enfermería”* (EI1 – EI10), *“...realizar la capacitación en la misma UCIP”* (EI1 – EI10)

Estos resultados reafirmaron la acertada decisión de utilizar el grupo focal como técnica para obtener los datos. Mayorga,¹⁰⁷ refiere que los participantes en un grupo son influidos por el resto de los participantes, igual que sucede en la vida real. De este modo, los miembros de un grupo interaccionan y comparten una información que no se podría obtener con entrevistas individuales, cuestionarios u otras técnicas de recogida de datos.

Los resultados de esta fase de la investigación, enmarcados en la necesidad de capacitación del personal de Enfermería en relación con la valoración del dolor, coinciden con estudios realizados por otros autores. Ortega ¹⁰⁸ e Hinarejos ¹⁰⁹ declaran la falta de conocimiento como una de las principales barreras, lo que provoca falta de prevención del dolor, creencias erróneas en el personal de Enfermería, fallos en la evaluación del dolor y un uso de analgésicos inadecuado. Matos ¹¹⁰ destaca la importancia de que el equipo de Enfermería conozca como valorar el dolor, la aplicación de instrumentos de evaluación del dolor pediátrico, así como fomentar prácticas no farmacológicas en el ambiente hospitalario.

3.1.2. Revisión integrativa

Se realizó la revisión integradora, que se reconoce como un estudio secundario que reúne y sintetiza resultados de investigación sobre delimitado tema o cuestión. Permite la búsqueda, evaluación crítica y síntesis de las evidencias disponible del tema investigado, al tener como producto final o estado actual del conocimiento del tema estudiado, la identificación de lagunas que direccionen para el desarrollo de futuras investigaciones. ¹¹¹

En la búsqueda se identificaron 172 estudios primarios, de ellos fueron excluidos 96 artículos por estar duplicados y 29 por no ajuste al tema. Solo a 47 artículos se le realizó la lectura completa, de ellos fueron excluidos 41 por no correspondencia con el análisis metodológico. La muestra seleccionada quedó conformada con seis artículos distribuidos en las siguientes bases de datos: Scopus (n = 3), BDENF (n = 1), Medline/PubMed (n = 1) IBECS (n = 1). A continuación, se presenta en la figura 5, que describe el flujo de la sistematización de búsqueda en las bases de datos y el cuadro 4 con la estrategia de búsqueda.

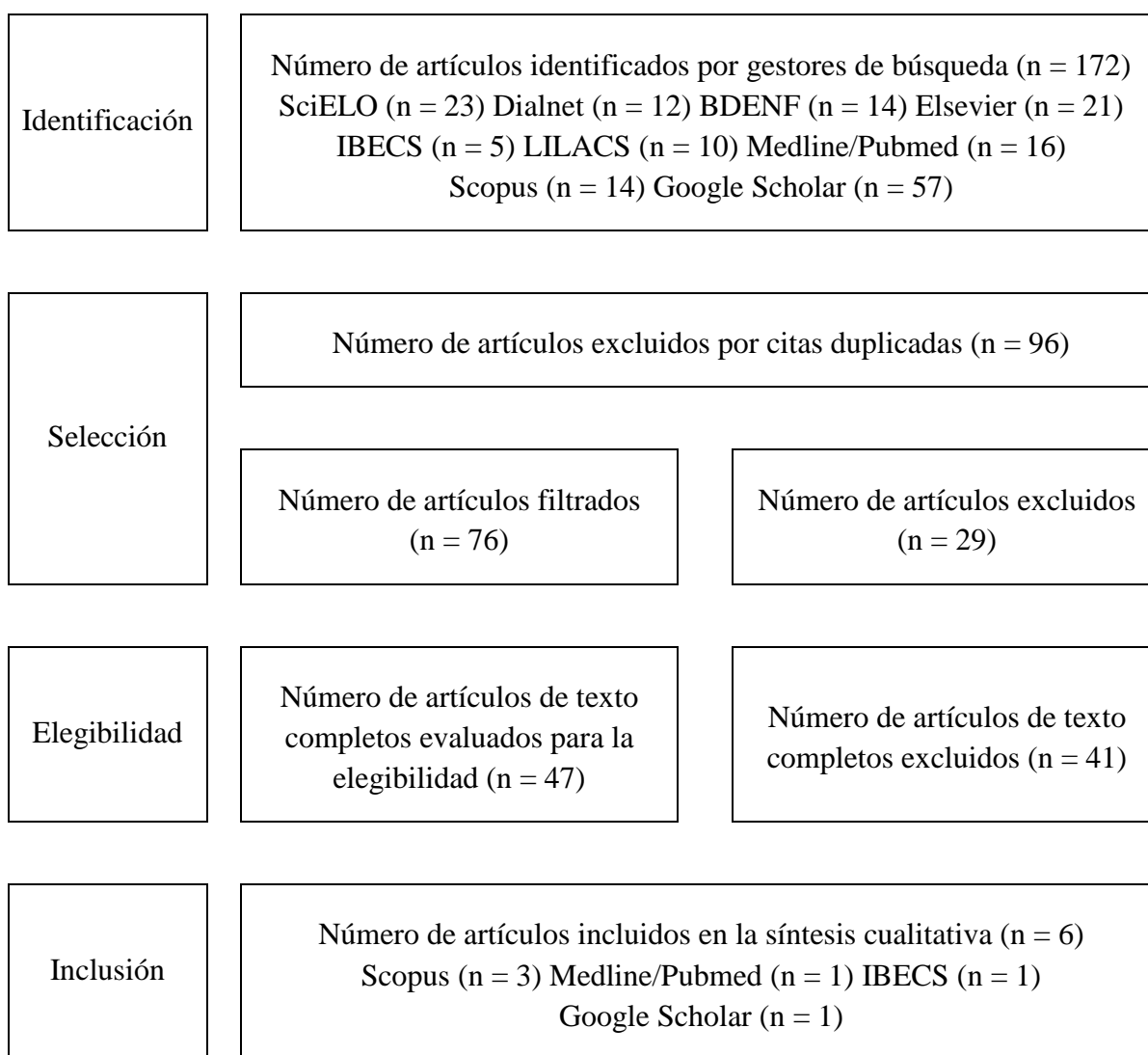


Figura 5. Diagrama de flujo de identificación, selección e inclusión de los estudios.
Elaboración propia de la autora

Cuadro 4. Resumen de las bases datos y control estrategia revisión integrativa

| Bases de datos | Estrategias de búsqueda | Total |
|----------------------------|--|--------------|
| SciELO | ("Dolor" AND "Dolor agudo" AND "Manejo del dolor" AND "Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal" AND "Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico") AND (year_cluster: [2017 TO 2022]) AND wok_citation_index: ("SCIE" OR "SSCI" OR "AHCI") AND type:("research-article" OR "reviewarticle") | 23 |
| Dialnet | ("Dolor" AND "Manejo del dolor" AND "Percepción del dolor" AND "Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal" AND "Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico") AND (db: ("DIALNET")) (year_cluster: [2017 TO 2022]) | 12 |
| BDENF MEDLINE LILACS | "Dolor" AND "Dolor agudo" AND "Dimensión del dolor" AND "Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal" AND "Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico") AND (instance:"regional") AND (db:"BDENF" OR db: "MEDLINE" OR db: "LILACS" OR db: "coleccionaSUS") AND (db: ("BDENF")) (year_cluster: [2017 TO 2022]) | 14 |
| IBECS | ("Dolor" AND "Dolor agudo" AND "Dimensión del dolor" AND "Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal" AND "Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico") (db: ("IBECS")) (year_cluster: [2017 TO 2022]) | 5 |
| Elsevier | ("Dolor" AND "Dolor agudo" AND "Dimensión del dolor" AND "Manejo del dolor" AND "Percepción del dolor" AND "Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal" AND "Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico") (year_cluster: [2017 TO 2022]) | 14 |
| Scopus | | 14 |
| Google Scholar | | 57 |

La evidencia científica obtenida mediante la búsqueda en las bases de datos y la filtración por los títulos, revisión de cada resumen y texto completo seleccionado se presenta en el cuadro 5 a continuación.

Cuadro 5. Características de los estudios sobre la valoración del dolor en UCIP

| Autor/año | Diseño | Sitio referencia | Objetivos | Aportes |
|---------------------------------|---|-------------------------|---|---------------------------------|
| Ismail ¹⁴ 2018 | Estudio descriptivo | Scopus | Determinar las prácticas actuales de manejo del dolor y la disponibilidad y el contenido de las guías de práctica en las UCIP jordanas | Guías de práctica |
| Sulla ¹⁵ 2018 | Estudio observacional, descriptivo, prospectivo | PubMed | Evaluar la aplicabilidad del Escala de Dolor Conductual para el uso con pacientes pediátricos. | Validación de escalas |
| LaFond ¹¹² 2019 | Estudio observacional de cohorte | Scopus | Describir la evaluación del dolor y las prácticas de intervención en las UCIP, determinar la prevalencia del dolor y los procedimientos dolorosos, e identificar las características de los niños con dolor moderado a intenso. | Estrategias de manejo del dolor |
| Pedraza ¹⁹ 2019 | Estudio observacional, descriptivo, prospectivo | IBECS | Identificar las características psicométricas de la escala FLACC aplicada en pacientes hospitalizados en una UCIP en Bogotá. | Validación de escalas |
| Silva ²⁰ 2020 | Estudio transversal, comparativo cuali-cuantitativo | Google Scholar | Analizar la correlación entre diferentes escalas de evaluación del dolor en niños ingresados en UCIP | Validación de escalas |
| Guasconi ¹¹³ 2021 | Estudio observacional, descriptivo, prospectivo | Scopus | Validar la versión italiana de la Escala de dolor conductual en pacientes pediátricos sedados, intubados y con ventilación mecánica | Validación de escalas |

Como parte de los resultados de la revisión integradora, de los seis artículos seleccionados la publicación más antigua data del año 2018. Con respecto al idioma, de los seis estudios, tres (50 %) fueron escritos en la lengua española, dos (33.3 %) en inglés y uno (16.7 %) en portugués. En relación a las bases que más artículos aportaron, se encuentra Scopus (n = 3) (50 %). Se identificaron como principales aportes de las investigaciones incluidas en la revisión integrativa, la validación de escalas para la valoración del dolor en UCIP; que por consenso las más utilizadas fueron la Escala de Wong Baker, Escala Visual Analógica (EVA), FLACC y Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID).

3.2. Resultados de la etapa 2. Diseño de la intervención de enfermería para la valoración del dolor

En la última fase del ciclo interno del Modelo de traducción del conocimiento en acción (fase de elaboración de la herramienta o producto del conocimiento), se utilizó la triangulación de datos que permitió visualizar la integración del conocimiento popular con el científico. Según lo planteado por Lorenzini,¹¹⁴ se observan transiciones generalizadas sobre la forma en que la investigación es proyectada, implementada y evaluada.

Si se planifica un estudio, es fundamental que se considere, las maneras de realizar la investigación que maximice la relevancia y aplicabilidad, así como los resultados del estudio pueden impactar de manera positiva en los cuidados de salud si esos resultados son producidos, diseminados, discutidos y comprendidos en colectivo, por los usuarios del conocimiento.¹¹⁴ En el cuadro 6 se presentan los resultados de la triangulación que facilitó el diseño de la intervención de enfermería para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la UCIP.

Cuadro 6. Triangulación de datos de los resultados de la observación, el grupo focal y la revisión integradora para la síntesis del conocimiento

| Investigación del conocimiento | | Síntesis del conocimiento | Herramienta o Producto |
|----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| Observación | Grupo focal | Revisión integradora | |
| No se utilizan escalas validadas | Categoría “necesidad de información de cómo medir y/o valorar el dolor” Categoría “material impreso con información” | Escalas para la valoración del dolor | Intervención de enfermería Validación de las escalas Guía |
| | Categoría “capacitación para la valoración del dolor” | Guías, estrategias | Capacitación del personal de Enfermería |

El diseño de la intervención de enfermería, desde los referentes de la Teoría de los síntomas desagradables y el Modelo de traducción del conocimiento en acción, permitió involucrar a los usuarios del conocimiento desde el inicio, con lo que ayudó a garantizar la identificación de los problemas. Permitió que desde la valoración del dolor como síntoma, hasta la identificación de los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales que lo acompañan, se identificaran las necesidades y percepciones de los pacientes y del personal de Enfermería de la UCIP.

De acuerdo con la *Nursing Interventions Classification (NIC)*, la intervención de enfermería se define como cualquier tratamiento que se basa en el conocimiento y juicio clínico que presenta un profesional de Enfermería, con la finalidad de obtener buenos resultados sobre el paciente. Puede tratarse de una intervención de atención directa o indirecta, comunitaria o de salud pública, brindar un tratamiento iniciado por profesional de Enfermería o en continuidad a un tratamiento iniciado por un médico.⁹⁴ A partir del concepto emitido por la NIC, la autora considera que para el diseño de la intervención, el

profesional de Enfermería debe intervenir con los criterios y conocimientos basados en el área clínica para proporcionar un mejor cuidado del paciente. La intervención de enfermería propuesta, sustentada en los referentes teóricos, ofreció la posibilidad de organizarla como un todo, ya que desde la primera etapa se inician tareas de la intervención.

La autora de la investigación realizó una propuesta centrada en los profesionales de Enfermería, mediante la integración de las mejores evidencias encontradas relacionada con la valoración del dolor. En tal sentido se integraron las necesidades de capacitación identificadas en el personal de Enfermería, concretadas en las categorías emergentes, con la evidencia científica de la síntesis del conocimiento obtenida mediante la revisión integradora para diseñar la primera propuesta de la intervención de enfermería.

La autora al tener en cuenta la revisión de la literatura diseñó la intervención de enfermería para la valoración del dolor en cuatro etapas, las cuales se describen a continuación y se presentan en un esquema que aparece en la figura 6.

Etapas de la intervención de enfermería para la valoración del dolor en UCIP:

- I. Primera etapa: diagnóstico de las necesidades de intervención.
- II. Segunda etapa: diseño de las acciones y presentación de la intervención.
- III. Tercera etapa: validación de la intervención.
- IV. Cuarta etapa: evaluación de la intervención.

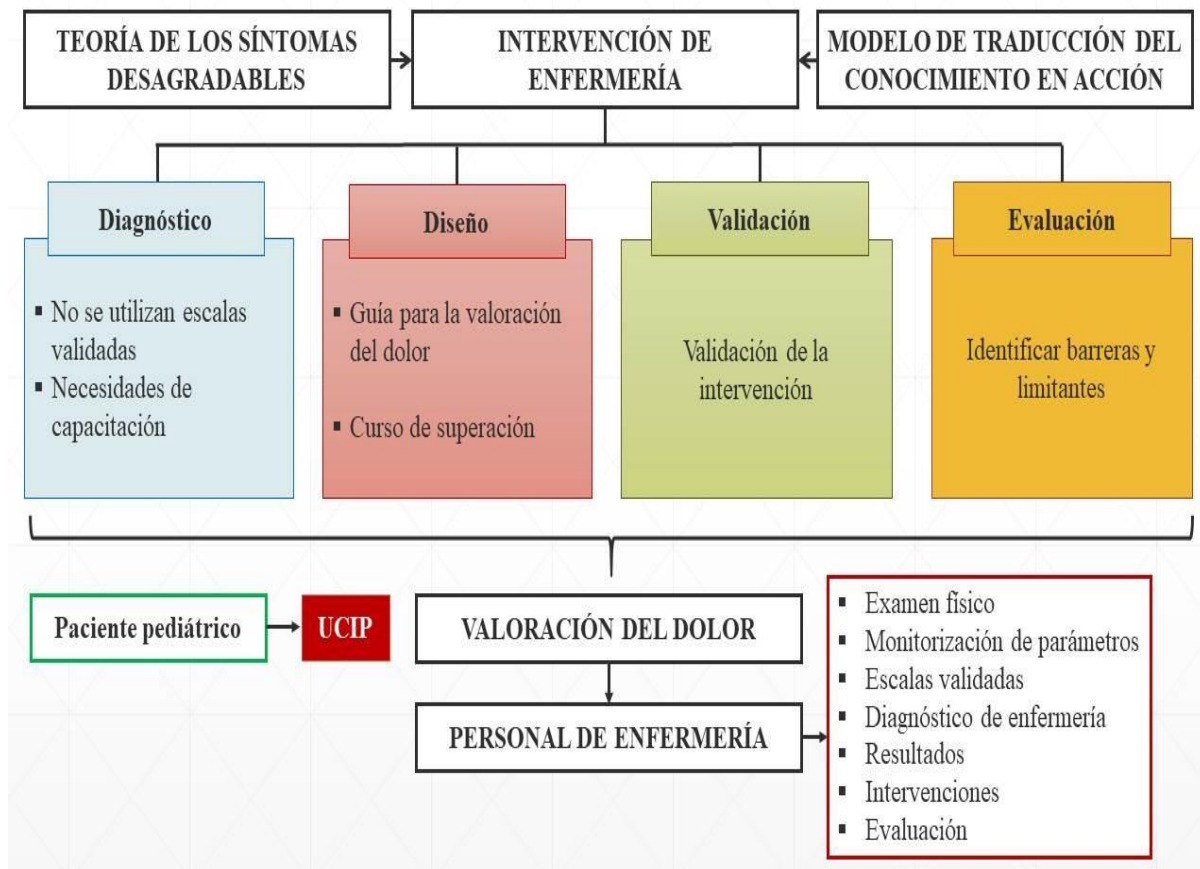


Figura 6. Etapas de la intervención de enfermería. Elaborada por la autora

La intervención de enfermería diseñada se caracteriza por ser objetiva, formativa, participativa, actualizada, sistémica y viable. A continuación, se describe cada una:

- **Objetiva:** responde a las necesidades detectadas y a las condiciones de cada momento, contextualizada en el tiempo y espacio.
- **Formativa:** cada actividad diseñada precisa qué hacer, cómo hacerlo y para qué, lo que favorece la autonomía del personal de Enfermería.
- **Participativa:** permite la interacción entre el personal de Enfermería, el equipo de salud, el paciente y la familia.
- **Actualizada:** está en correspondencia con las orientaciones del Ministerio de Salud Pública, las resoluciones ministeriales que ponen en vigor las regulaciones con el

paciente y la práctica de enfermería, el manual de normas y procedimientos de la UCIP y la evidencia científica publicada.

- Sistémica: predominan las relaciones que se manifiestan para el paciente hospitalizado en la UCIP, los valores humanistas y éticos a tener en el contexto.
- Viable: se realiza dentro del marco de los recursos disponibles, conocimientos y habilidades del equipo de enfermería, y el contexto del paciente.

En el epígrafe 3.1 se hizo referencia a los resultados del diagnóstico y análisis de las necesidades de la intervención de enfermería para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en UCIP, que condujeron a la etapa de diseño de las acciones y presentación de la intervención. Esta segunda etapa, fue coordinada por la investigadora principal en sesiones de trabajo con el equipo de investigación para el diseño de materiales educativos que favorecieran el alcance de los objetivos propuestos.

Los resultados del estudio bibliográfico, de los criterios del personal de Enfermería, de la experiencia en el tema y los aportes de los integrantes del equipo de investigación, permitieron en el desarrollo de la intervención de enfermería contar con una guía para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la UCIP. (Anexo 10) Entre los contenidos se declara la definición de la valoración del dolor, los objetivos, las indicaciones, el material, los parámetros a monitorizar, la etiqueta diagnóstica 00132 Dolor agudo según la taxonomía NANDA-I, interrelacionada con los resultados (NOC), intervenciones (NIC) y las actividades a desarrollar. Se declara además la bibliografía y los anexos.

Como parte de los anexos de la guía, se declara un algoritmo para la valoración del dolor en la UCIP, que permite unificar las acciones para identificar la intensidad, duración y

tratamiento del dolor que se puede observar en la figura 7. De igual manera se anexan las escalas validadas según edad y estado del paciente. En estudio realizado por Via,¹¹⁵ se visualiza el uso de algoritmos basados en la evidencia para incrementar la valoración y el tratamiento del dolor por parte de las enfermeras, es una alternativa que podría ayudar a sistematizar su valoración y a reducir el uso de analgésicos. Sugieren la realización de estudios encaminados a la evaluación de la adherencia de las enfermeras a estos algoritmos, desde el análisis de la fiabilidad y validez de contenido.

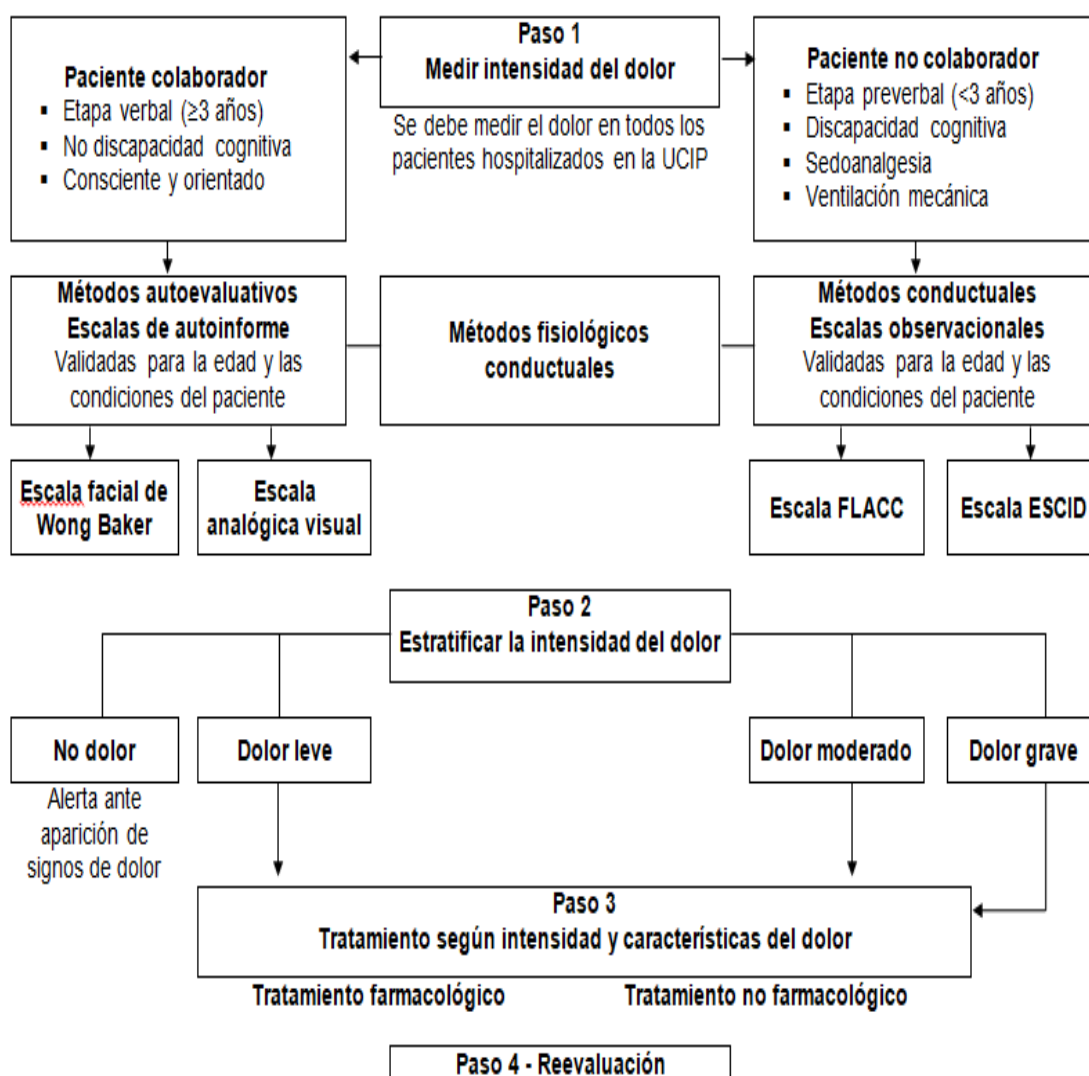


Figura 7. Algoritmo para la valoración del dolor en UCIP. Elaborado por la autora

Puede apreciarse que, en el algoritmo, se establece una secuencia de pasos a seguir desde el ingreso del paciente en la UCIP. Primer momento, en el que se debe realizar la valoración del dolor según la edad y las condiciones del paciente. Se propone una clasificación: paciente colaborador que comprende la etapa verbal (mayor de tres años), no discapacidad cognitiva, consciente y orientado; y paciente no colaborador que comprende la etapa no verbal (menor o igual a tres años, discapacidad cognitiva, sedoanalgesia y/o ventilación mecánica).

A partir de esta clasificación, se valora la intensidad del dolor a través de la aplicación de las escalas validadas en el estudio: paciente colaborador se utilizan los métodos autoevaluativos, escalas de autoinforme (Escala Facial de Wong Baker y la Escala Visual Analógica); y en el paciente no colaborador se utilizan métodos conductuales, escalas observacionales (Escala FLACC o la Escala ESCID). En ambos casos, se acompaña de la valoración de los métodos fisiológicos conductuales de valoración del dolor a través de la valoración de los signos vitales, el llanto, los movimientos, agitación, postura y verbaliza dolor; así como por la recolección de la información a través del interrogatorio y el examen físico.

El profesional de Enfermería, quien evaluará el estado del paciente, medirá la intensidad del dolor según la escala correspondiente para estratificarlo en no dolor, dolor leve, dolor moderado o dolor grave. Según el resultado de la valoración del dolor se cumplirá con la escala analgésica establecida por la OMS ³⁷ según la intensidad y características del dolor, para el tratamiento farmacológico y se cumplimenta con el tratamiento no farmacológico basado en acciones independientes de enfermería.

Para la materialización de las acciones el profesional de la Enfermería tendrá en cuenta las necesidades humanas afectadas para la identificación de las categorías diagnósticas, dentro de las que se encuentra dolor agudo (00132), ubicada en el dominio 12 comodidad, de la duodécima edición de diagnósticos de enfermería de la terminología por la NANDA Internacional.⁷ El diagnóstico de enfermería se interrelaciona con los resultados (NOC), entre los que se encuentran (2102) Nivel de dolor, (1605) Control del dolor, (2010) Estado de comodidad: física y (1211) Nivel de ansiedad. Cada resultado se declara con los indicadores y se asocia a las intervenciones (NIC) para la planificación y ejecución de las actividades a realizar por el personal de Enfermería, el paciente, el padre o familiar.

Las intervenciones se organizaron según el sistema internacional de clasificación del cuidado en enfermero (NIC). Cada una de ellas se identificó con el código numérico que las relaciona con la actividad y a partir de la determinación de ellas se implementan las acciones correspondientes para lograr el resultado esperado. Las NIC proponen para la práctica diaria, seis factores que permiten la selección de una intervención de enfermería para un paciente concreto: resultados deseados en el paciente, caracterización del diagnóstico de enfermería, investigaciones sobre intervenciones, capacidad del personal de enfermería para realizarla, factibilidad para realizar la intervención y la aceptación por el paciente.⁹⁴

En el marco del proceso de atención de enfermería, es importante considerar para el cuidado las siguientes premisas: evaluar la presencia del dolor durante toda la estancia en la unidad a través de instrumentos válidos y confiables apropiados a la edad, el desarrollo y cognición del paciente; reevaluar el dolor después de las intervenciones administradas en función del tiempo de acción; valorar el dolor en reposo y en movimiento; documentar

puntajes de dolor y utilizar el conocimiento de los padres o tutores sobre el comportamiento del dolor para los pacientes pediátricos. De igual manera, es imprescindible garantizar que todos los miembros del equipo de salud de la UCIP dominen las habilidades para la valoración del dolor, lo que garantiza un tratamiento efectivo.

Como parte de la intervención de enfermería se diseñó un programa de superación profesional, la forma organizativa fue el entrenamiento,^{116,117} por el carácter práctico, vinculado con el desempeño profesional. (Anexo 11) Con el objetivo de consolidar habilidades y conocimientos prácticos para la valoración del dolor en UCIP al personal de Enfermería se planificaron nueve sesiones de entrenamiento distribuidas en cuatro horas de actividades prácticas cada una, para un total de 36 horas. En cada sesión se planificó la realización de un intercambio actualizado basado en las mejores evidencias. Al culminar cada tema se planificaron pases de visita docente para la presentación de casos en los que se aplica la guía y el algoritmo para la valoración del dolor.

Estudios relacionados con la formación continua de las enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos, reconocen el entrenamiento, como forma organizativa más aceptada por el personal de Enfermería. Destacan que además de mejorar la calidad de la atención de enfermería, la formación profesional, también mejora la autoeficacia y la satisfacción laboral del personal de Enfermería, lo que reduce la fatiga y el estrés emocional asociados con el trabajo en la UCIP.^{108,118,119} Otros autores declaran que las intervenciones basadas en el uso de programas estructurados, que proveen información acerca del dolor, los recursos disponibles para la valoración y tratamiento adecuado, son una estrategia válida para mejorar el cuidado de los pacientes y las respuestas al dolor.^{115,120}

3.3. Resultados de la etapa 3. Validación de la intervención de enfermería

Esta etapa comprende las dos primeras fases del ciclo externo del Modelo de traducción del conocimiento en acción. En la primera fase del ciclo externo, identificar, revisar y seleccionar el conocimiento, se consultaron los expertos y en la segunda fase, adaptación del conocimiento al contexto local, se validó la intervención de enfermería.

Los 12 expertos participantes se caracterizaron por ser especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias Pediátricas (4) y Licenciados en Enfermería de diferentes provincias del país como La Habana (1), Villa Clara (2) y Cienfuegos (5). Ostentan categoría científica de Doctor en Ciencias (2) y de Máster (7); el 100% de ellos tiene como promedio diez años de experiencia asistencial, docente e investigativa. Poseen categoría docente de Profesor Titular (2), Profesor Auxiliar (5) y Profesor Asistente (5); lo cual reafirma la solidez de los criterios emitidos. Todos tienen como promedio más de cinco publicaciones y múltiples participaciones en eventos nacionales e internacionales.

Para la validación de la intervención de enfermería, los expertos valoraron las etapas de la intervención de enfermería, la guía de valoración del dolor, la validez y confiabilidad de las escalas, la representación gráfica del algoritmo y el curso de superación (entrenamiento). Se realizaron dos rondas, con los señalamientos y recomendaciones de la primera ronda se efectuó modificaciones a la propuesta. Entre las recomendaciones los expertos propusieron modificar la dosificación del tiempo de duración de algunas sesiones del entrenamiento, la reformulación del objetivo del curso y la incorporación de las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC a la guía diseñada para la valoración del dolor. Luego se sometió a una segunda ronda, en la cual hubo consenso de los expertos y los resultados fueron procesados.

En los resultados obtenidos de la validación, de acuerdo con la metodología de Barraza,⁹⁵ se obtuvo una puntuación media por encima de 2.6, lo que confirmó una fuerte validez de contenido. Aprobada por unanimidad por los expertos al evaluar de óptima la factibilidad, científicidad, aplicabilidad y originalidad de la propuesta. De esta manera quedaron validadas las etapas de la intervención de enfermería, la guía de valoración del dolor, la representación gráfica del algoritmo y el curso de superación (entrenamiento).

Dentro de la validación de la intervención de enfermería, las escalas fueron sometidas a un proceso de adaptación lingüística y cultural, validación de contenido, de constructo y de criterio, de igual manera se analizó la confiabilidad a través de la consistencia interna y la estabilidad temporal. El análisis realizado y los resultados de la validación de las escalas se exponen a continuación.

Para la adaptación lingüística y cultural de las escalas, el especialista en gramática, redacción y estilo de la lengua española y las cinco enfermeras seleccionadas como expertos para esta valoración, realizaron una revisión de la Escala de caras de Wong-Baker, Escala Visual Analógica (EVA), Escala FLACC y Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID), todas en las versiones en idioma español. La comisión de revisión consideró que las escalas en general se encontraban comprensibles en la forma lingüística para la aplicación en la UCIP. No se propusieron modificaciones.

Para sustentar el rigor científico y validez del contenido de las escalas de valoración del dolor, se determinó la aplicación del método Delphi, el cual es considerado como uno de los métodos cualitativos y prospectivos más destacados y empleados dentro de la investigación científica en situaciones problemáticas. Este método se define como un “proceso sistemático e iterativo encaminado a la obtención de las opiniones y consensos, de

un grupo de expertos”.^{121,122} Además, su uso ha sido recomendado en aquellos estudios en los que se muestra una baja tasa de información sobre evidencias empíricas previas.

Este método se efectuó en dos rondas. En la primera ronda se les entregó a los expertos la guía de evaluación con los indicadores expuestos. Todos los criterios emitidos por los expertos coincidieron en calificar el contenido de las escalas de Muy adecuado y Bastante adecuado. Se hicieron recomendaciones en relación al uso de las escalas según grupos de edades y estado del paciente. Se realizó una segunda ronda, como resultado el 100 % de los expertos coincidió en que el tema abordado es factible y necesario para contribuir a resolver el problema del dolor y la adecuada valoración en la UCIP. De igual manera, el 100 % expresó que las escalas guardan relación entre sí y son esenciales para valorar el dolor.

La tabla 1 muestra que se encuestaron un total de 12 expertos que emitieron valoraciones sobre los criterios referidos (claridad, coherencia, relevancia y suficiencia). Se empleó la escala ordinal Likert de 5 alternativas de respuestas. Las puntuaciones promedio obtenidas por intermedio de la Mediana fueron todas de 5 puntos (Muy adecuado).

Tabla 1. Resultado del coeficiente de concordancia W de Kendall

| Estadísticos | | | | |
|--|--------|----------|---------|-------|
| | N | | Mediana | Rango |
| | Válido | Perdidos | | |
| 1.Escala de caras de Wong-Baker | 12 | 0 | 5,00 | 2 |
| 2.Escala Visual Analógica | 12 | 0 | 5,00 | 1 |
| 3.Escala FLACC | 12 | 0 | 5,00 | 1 |
| 4.Escala de Conductas Indicadoras de Dolor | 12 | 0 | 5,00 | 1 |

Fuente: registro de la valoración de las escalas por los expertos

Para cumplimentar el análisis anterior, se realizó la determinación de la correlación de los resultados emitidos por los expertos mediante la Prueba no paramétrica W de Kendall. Este

instrumento permitió probar el grado de cohesión de los criterios emitidos por los expertos, ver tabla 2.

Tabla 2. Concordancia de criterios entre los expertos

| Estadísticos de prueba | |
|---------------------------|--------|
| N | 12 |
| W de Kendall ^a | 0,233 |
| Chi-cuadrado | 38,525 |
| G1 | 10 |
| Sig. Asintótica | 0,000 |

Fuente: registro de la valoración de las escalas por los expertos

La Prueba no paramétrica W de Kendall contrasta la hipótesis nula que plantea que no hay acuerdo contra la hipótesis alternativa en que sí se considera que hay acuerdo entre los evaluadores. A los efectos de este estudio, se tomó como referencia un nivel de significación del 5 %, al ser este menor que la significación asintótica obtenida (Sig =0,00), puede concluirse que se acepta la hipótesis alternativa y por tanto, existe concordancia de criterios entre los expertos y las escalas analizadas. (Tabla 3)

Tabla 3. Resultados de la Prueba W de Kendall

| Prueba W de Kendall | Rango promedio |
|--|----------------|
| 1.Escala de caras de Wong-Baker | 7,46 |
| 2.Escala Visual Analógica | 8,46 |
| 3.Escala FLACC | 8,50 |
| 4.Escala de Conductas Indicadoras de Dolor | 8,50 |

Fuente: registro de la valoración de las escalas por los expertos

Estos resultados permitieron comprobar que las escalas de valoración del dolor utilizadas en el estudio presentan validez de contenido, lo cual se corroboró mediante el criterio de expertos, que constituyó un importante indicador del proceso de validación. Esta alternativa de validez permitió la realización de la valoración crítica del constructo teórico del que se

parte y la determinación de las categorías o dimensiones que se proponen. Por tanto, mediante la consulta de estos expertos que evaluaron las escalas y mediante el consenso de los criterios aportados por cada uno de ellos, se determinó la utilización de las escalas para la valoración del dolor en la UCIP.

Con respecto a la validez de constructo de las escalas de valoración del dolor, se obtuvo un índice de Kaiser Meyer Olkin (KMO) de 0,902, satisfactorio. En el test de esfericidad de Bartlett se obtuvo un estadígrafo chi cuadrado= 1921,253 con 105 de libertad y una probabilidad asociada de 0,000. (Tabla 4) Estos datos traducen que el análisis factorial por componentes principales es pertinente, ya que el índice de Kaiser Meyer Olkin ¹²³ indica el grado de intercorrelación de las variables; si es mayor de 0,7 se considera factible y se considera adecuado con un nivel de significación menor de 0,05 lo cual se corresponde con la presente investigación.

Tabla 4. Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y prueba de Bartlett

| KMO y prueba de Bartlett | | |
|--|-------------------------|----------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | | 0,902 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Chi-cuadrado aproximado | 1921,253 |
| | Gl | 105 |
| | Sig. | 0,000 |

Fuente: registro de la valoración de las escalas por los expertos

En cuanto al análisis de la consistencia interna de las escalas de valoración del dolor incluidas en el estudio, los resultados obtenidos en la tabla 5, muestran que el Coeficiente α de Cronbach alcanzó de manera global una puntuación de 0,861 lo que demuestra la naturaleza homogénea de las escalas y una alta fiabilidad. Se obtuvieron valores que oscilan entre 0,842 y 0,898, lo que indica que todas las escalas son pertinentes y contribuyen a la valoración del dolor.

Tabla 5. Resultados de la consistencia interna por α de Cronbach Global, al eliminar un ítem y por factores de la (EEMN-SD)

| Variables | α de Cronbach |
|--|----------------------|
| 1.Escala de caras de Wong-Baker | 0,850 |
| 2.Escala Visual Analógica | 0,842 |
| 3.Escala FLACC | 0,856 |
| 4.Escala de Conductas Indicadoras de Dolor | 0,898 |
| α de Cronbach Global | 0,861 |

Fuente: registro de la valoración de las escalas por los expertos

En la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos al analizar la correlación Pearson entre los dos momentos de aplicación de las escalas, test y retest, lo que permitió apreciar que las diferencias estadísticas no fueron significativas. Los valores oscilaron entre 0,827 y 0,917, lo que mostró una correlación fuerte directa y por tanto significativa en el análisis estadístico entre la primera aplicación (Test) y la segunda (Retest) (nivel de significación $\alpha = 1\%$). Por tanto, se puede afirmar que las escalas tienen una adecuada estabilidad temporal, lo que refuerza la consistencia interna.

Tabla 6. Resultado de la correlación test-retest para la muestra de estudio

| Ítems | Correlación de Pearson |
|--|------------------------|
| 1.Escala de caras de Wong-Baker | 0,917 |
| 2.Escala Visual Analógica | 0,855 |
| 3.Escala FLACC | 0,827 |
| 4.Escala de Conductas Indicadoras de Dolor | 0,889 |
| Evaluación final | 0,900 |

$p < 0.01$ Fuente: registro de la valoración de las escalas por los expertos

Con respecto a la estabilidad temporal de las escalas se obtienen resultados que confirman que son confiables en relación con la estabilidad en el tiempo. Es necesario afirmar que las escalas que se proponen reflejan condiciones adecuadas y criterios válidos en la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en UCIP, lo que ha quedado demostrado a partir de la

amplia utilización en el terreno investigativo; sin embargo, la aplicación en la práctica requiere la adquisición de conocimientos y habilidades para una correcta utilización.

La validación de las escalas y la adecuada implementación proporcionan una mejora en la calidad asistencial de los pacientes hospitalizados en la UCIP, tanto para los comunicativos como los no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica, permitirá una adecuada valoración del dolor, el registro y tratamiento. Estudios relacionados con la validación de las escalas para la valoración del dolor en el paciente hospitalizado en UCIP, destacan la importancia de la determinación de la fiabilidad y validez de las mismas, según edad y estado del paciente.^{20,113,124}

En esta fase, se consideró necesario realizar la capacitación del personal de Enfermería, como respuesta a las categorías emergentes reveladas durante la investigación. El entrenamiento permitió la actualización con la evidencia científica en los principales aspectos de la temática de estudio, así como revisar la herramienta creada en el ciclo de creación del conocimiento e identificar y seleccionar las vías y formas de aplicarla en la UCIP.

El entrenamiento permitió la capacitación, el intercambio y la valoración de las experiencias en el tema desde el propio puesto de trabajo. Las sesiones fueron impartidas por la autora de la investigación, con el objetivo de entrenar al personal de Enfermería para la valoración del dolor, la utilización de las escalas de medición del dolor y monitorización en la UCIP. En cada sesión de entrenamiento se realizaron intercambios basados en evidencias de la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la UCIP.

De igual manera, se realizaron pases de visita docente de enfermería, al culminar cada tema del entrenamiento, donde se abordaron contenidos relacionados con la valoración del dolor en pacientes graves y críticos, se evaluó la aplicación de las escalas según edad y estado del paciente. Otra actividad realizada fue la orientación de búsquedas científicas de investigaciones relacionadas con la valoración del dolor, las escalas más utilizadas y validadas según edad y estado de salud del paciente, con el posterior análisis y discusión conjunta para la construcción colectiva del conocimiento.

Para evaluar los resultados del entrenamiento se realizó la técnica participativa conocida como PNI (positivo, negativo, interesante), para ello se organizaron los participantes en equipos de trabajo, de cinco integrantes cada uno, los que designaron un relator y un moderador, este último presentó los criterios del colectivo. Entre los resultados del PNI se destacan en las voces de los participantes los siguientes resultados:

Positivo: “... *fue muy bueno*” (EI1, EI5), “...*aprendimos cosas desconocidas y poco abordadas de forma cotidiana*” (EI2, EI4), “...*hemos aprendido sobre las escalas para la valoración del dolor*” (EI1, EI2, EI5), “...*es vital el aprendizaje de las escalas*” (EI6, EI8, EI9).

Negativo: “...*pocos días de entrenamiento*” (EI2, EI9, EI10), “...*poco tiempo para un tema tan importante en la actualidad*” (EI9, EI10), “...*preocupación por su aplicación en la práctica*” (EI1-EI10)

Interesante: “...*es un tema muy necesario*” (EI2, E3, E4), “... *la aplicación de las escalas*” (EI1-EI10).

Como aporte de las experiencias alcanzadas en el desarrollo de las sesiones del entrenamiento, se utilizó la guía y el algoritmo diseñado. La activa participación de los profesionales objeto de estudio, los criterios y experiencias enriquecieron el diseño de ambos resultados.

3.4. Intervención de enfermería para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

La intervención de enfermería comprende la capacitación del personal de Enfermería, con el objetivo de consolidar habilidades y conocimientos prácticos para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la UCIP. Como puede apreciarse en la figura 8, la intervención se centró en el entrenamiento, con la utilización de métodos fisiológicos conductuales para la valoración del dolor, la aplicación de las escalas según la edad y estado del paciente y la ejecución de un algoritmo para aplicación de los diferentes métodos de la valoración del dolor hasta definir el tratamiento y reevaluación.

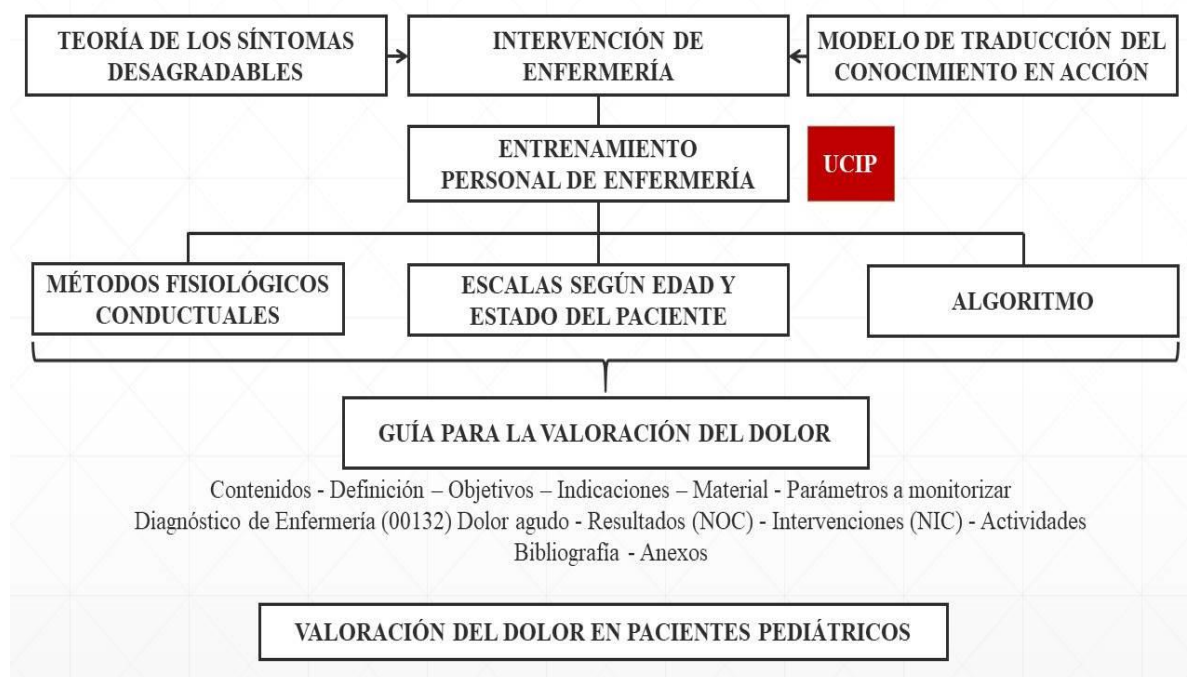


Figura 8. Intervención de enfermería. Elaborada por la autora

La intervención fue dirigida por la investigadora principal y se desarrolló en la UCIP durante un promedio de 30 a 40 minutos cada sesión en correspondencia con los turnos de trabajo. En un primer momento, se realizó la valoración del dolor con la aplicación de los métodos fisiológicos conductuales, a partir de esta fase se abordaron los factores fisiológicos, psicológicos y situacionales propuestos en la Teoría de los síntomas desagradables. De igual manera se aplicaron las escalas validadas según la edad y estado del paciente, lo que permitió estratificar la intensidad del dolor.

Como parte de la capacitación se diseñó la guía para la valoración del dolor, donde se explican los procedimientos a seguir, de tal forma que el personal de Enfermería pueda comprender la importancia del orden de ejecución de cada acción, para la valoración del dolor según la edad y estado del paciente. El intercambio con el personal de Enfermería, basado en las mejores evidencias, permitió a partir del diagnóstico de enfermería (00132) Dolor agudo, la selección de los resultados (NOC), las intervenciones (NIC) y las actividades a ejecutar como una propuesta de plan de cuidados. Este documento se creó con el propósito de que pueda ser utilizado en la UCIP y de la misma forma poder capacitar a nuevos recursos humanos que laboren en la unidad.

Durante la intervención se incrementó el uso de escalas de valoración del dolor, la frecuencia de registro de la evaluación del dolor y la concordancia de la información registrada. Resultado que coincide con el estudio realizado por Lorenzo,¹²⁵ al evaluar el efecto de una intervención sobre la valoración, evaluación y tratamiento del dolor en pacientes hospitalizados, donde declara que la calidad del registro del dolor en la historia de enfermería también mejora al aplicar una intervención, pues consigue aumentar la frecuencia y la concordancia del registro. Dorneles¹²⁶ recomienda acciones de intervención

en la práctica, con evaluación continua de resultados, alineadas con los gestores y directrices institucionales.

La intervención de enfermería responde a lo referido por autores como Lorenzo ¹²⁵ y Pincay ¹²⁷ al declarar que el profesional de Enfermería debe conocer las orientaciones y escalas para la valoración de dolor, lo que implica un mejor procedimiento para disminuir el dolor en los pacientes. De igual manera, hacen referencia a que la educación de los profesionales sanitarios implicados en el proceso de atención al dolor, debe considerarse como un método estratégico para crear una cultura del dolor adecuada y atraer la atención hacia el problema en sí mismo. ¹²⁵

La autora considera que, para estudios posteriores, se puede utilizar otras alternativas de formación de los recursos humanos, para suplir las necesidades de capacitación en relación a la valoración y tratamiento del dolor. Al igual que el entrenamiento diseñado, se puede realizar cursos y diplomados como formas organizativas principales. Entre otras formas organizativas del posgrado, se pueden utilizar el taller, la conferencia especializada, el debate científico, la autopreparación y la consulta. ¹¹⁶ De igual manera, puede desarrollarse la integración de prácticas profesionales y proyectos de investigación, el acceso a recursos actualizados y herramientas tecnológicas, desde un entorno de trabajo que fomente el aprendizaje continuo, la innovación y la colaboración.

3.5. Resultados de la etapa 4. Evaluación de la intervención de enfermería

En la etapa de evaluación, se realizó un grupo de discusión para identificar barreras y facilitadores para uso del conocimiento. Emergieron tres categorías y una de ellas con tres subcategorías, es el caso de “facilitadores para la aplicación de la intervención de enfermería para la valoración del dolor” con las subcategorías “contenidos comprensibles”,

“utilidad” y “aplicabilidad”. La segunda categoría: “barreras para la aplicación de la intervención de enfermería para la valoración del dolor” y por último la categoría “recomendaciones para la aplicación de la intervención de enfermería para la valoración del dolor”. Las cuales se analizan a continuación.

Primera categoría: “facilitadores para la aplicación de la intervención de enfermería para la valoración del dolor”.

Esta fue la categoría de mayor peso en los resultados, lo que habla a favor de la adecuada contextualización de los contenidos de la intervención de enfermería, las bondades de la guía y del algoritmo diseñado, así se describe en las voces que respaldan las subcategorías, como se puede leer.

Autores como Parra,⁴² Peirce¹²⁸ y Rababa¹²⁹ consideran que es imprescindible identificar los facilitadores en la valoración y tratamiento del dolor, dentro de los que destaca: apoyo de madre y niño; presencia del equipo de salud junto a la cama de los niños; presencia de los padres; buena relación entre enfermeras y niños, cuidadores y médicos; y las explicaciones del proceso dadas por enfermeras.

Primera subcategoría: “contenidos comprensibles”.

“...lo más importante es el contenido, está organizado por edades y estado del paciente” (EI6, EI7), “... está muy instructivo, argumentado” (EI2, EI3), “... está muy bien pensado, con un lenguaje que llega a todo el personal de Enfermería” (EI5, EI6), “...abarca todo lo que es necesario conocer” (EI8, EI10), “... está bastante bueno, bien instructivo” (EI2, EI9), “...sin dudas el formato ayuda y la forma en que se presenta el contenido también” (EI1, EI4).

En la segunda subcategoría: “utilidad”.

“...muy importante porque contiene un algoritmo para la valoración del dolor” (EI1, EI3, EI6), *“... declara escalas que yo no sabía”* (EI2, EI7), *“... hace tiempo que se necesitaba algo así y esta es una primera respuesta”* (EI4, EI5, EI8), *“... es útil porque está organizado según edades y estado de los niños”* (EI9, EI10).

Tercera subcategoría: “aplicabilidad”.

“...se puede aplicar a todos los niños” (EI2, EI7), *“...no debe tener dificultad para su aplicación”* (EI1, EI6), *“... porque el propio algoritmo te sugiere como actuar”* (EI3, EI5), *“... garantiza la valoración del dolor”* (EI4), *“...sí, porque está elaborado como un sistema”* (EI8, EI9), *“... se puede aplicar sin dificultad”* (EI1, EI10).

En estos resultados que emergieron fueron de gran valor para identificar las bondades de la intervención de enfermería para la valoración del dolor diseñada. Dentro de ellas existen dos que la autora considera determinantes como sustentos para la implementación, es el caso de la utilidad y la aplicabilidad. Resultados que se relacionan con el estudio realizado por Casales,¹³⁰ en relación a la percepción de los profesionales de Enfermería respecto a los facilitadores para la implementación; se identificaron como facilitadores el acceso a la capacitación y características del personal de enfermería (profesionalización, experiencia laboral y actitud favorable).

Otros autores como McArthur,¹³¹ asume que los facilitadores identificados con mayor frecuencia son: liderazgo, estrategias, protocolos, recursos y servicios. Archila,¹³² reconoce dentro de los facilitadores el interés por la formación continua y su relación con la práctica

del cuidado. Abu,¹³³ destaca la colaboración y la cooperación entre todas las partes interesadas podría conducir a mejoras en la traslación de los resultados de la investigación sanitaria a la práctica clínica.

Segunda categoría: “barreras para la aplicación de la intervención de enfermería para la valoración del dolor”.

En esta categoría emergió la barrera recursos humanos. Las voces que respaldan esta categoría son:

“...el poco número de personal de Enfermería puede ser una barrera” (EI3, EI5),
“...a veces no se tiene tiempo en las unidades de cuidados intensivos para la correcta aplicación de las escalas” (EI8, EI9)

Desde la perspectiva de la autora del presente estudio es importante tener en cuenta esta barrera al implementar el uso de las herramientas del conocimiento producidas, incluida la aplicabilidad en diferentes modos de implementación y contextos. Encontrar mecanismos para minimizar estas y otras brechas para el uso del conocimiento es una necesidad. Cuando se plantea la propuesta de un cambio en la práctica clínica, aparecen dificultades a distintos niveles, descritos en la bibliografía como “barreras para la implementación” que consolidan la variabilidad en la práctica clínica.

Los factores que dificultan la disminución de esta brecha entre el conocimiento y la práctica son estudiados por varios autores, identificándose factores que corresponden tanto a las culturas organizacionales (falta de apoyo del equipo, de recursos, de liderazgo, mala comunicación con otras disciplinas, entre otras), como a las características del personal de Enfermería (nivel competencial, actitudes, percepciones, habilidades, motivación,

resistencia al cambio, entre otras) o intrínsecos a la propia evidencia.^{131,134,135} Otros destacan las barreras de desequilibrio en la relación enfermera-paciente, falta de capacitación en el tema, falta de apoyo organizacional, falta de autonomía profesional y sensación de impotencia.

Dentro de la barrera recursos humanos, es frecuente que la falta de tiempo se perciba como uno de los factores que dificulta la aplicación de nuevas intervenciones en la UCI. Estudio realizado por González,¹³⁵ hace referencia a estudios que identifican que la mayoría del personal de Enfermería señala la falta de tiempo derivado del aumento de actividades de cuidado y la inestabilidad clínica de los pacientes. De forma similar, Mendes¹³⁶ y Zuazua¹³⁷ concluyeron que la carga de trabajo derivada de un alto número de pacientes fue la principal dificultad referida por el personal de enfermería.

Tercera categoría: “recomendaciones para la aplicación de la intervención de enfermería para la valoración del dolor”.

Esta categoría es de gran interés para la organización de la implementación de la intervención. Se sugirió aplicarlo a todos los pacientes hospitalizados en la UCIP, en las voces a seguir se puede leer:

“...utilizarlo en todos los niños” (EI1, EI2, EI3, EI5) “...cuando se evidencie signos de dolor” (EI4) ...integrarlo como una constante vital en la hoja de registro” (EI2, EI6, EI7), “...en un intervalo de tiempo cada cuatro horas” (EI5-EI7) “...que se ubique en cada cama el algoritmo con las escalas a utilizar” (E1,E8).”

Los resultados obtenidos en esta categoría se relacionan con la utilización del algoritmo de valoración del dolor y la identificación del dolor como una constante vital. Su registro, como una constante vital, facilita la decisión de qué tratamiento se va a seguir y, por lo tanto, aumenta el beneficio del paciente y disminuye la probabilidad de complicaciones.¹³⁸ Según Pozza,¹³⁹ el dolor se identifica como el “quinto signo vital”. Bajo este concepto, Carrasco¹⁴⁰ plantea que la intensidad del dolor debe evaluarse regularmente, junto con los cuatro signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura corporal.

Desde la perspectiva de la autora, es importante el registro del dolor como una constante vital. De igual manera, toda intervención que se realice para el tratamiento debe ser registrada, para posterior reevaluación y documentar la respuesta del paciente. A pesar de que el dolor disminuya, debe continuar la evaluación y registro. En estudio realizado por Carrasco,¹⁴⁰ destaca que para el cuidado de los pacientes pediátricos que sufren dolor, es importante que en cada hospital o institución se establezcan cursos de capacitación donde se den a conocer las escalas de evaluación y los tratamientos disponibles.

La obtención de estos resultados, en la identificación de barreras y facilitadores para la aplicación de la intervención de enfermería, reafirmó la acertada decisión de utilizar el grupo de discusión como técnica para obtener los datos. En tal sentido Loyo¹⁴¹ refiere que *“trabajar con el grupo de discusión como generador de discurso social, lo que es el equivalente a un contrato de reflexión..., el grupo se refleja como grupo social en la sociedad, representado por el moderador, el único diferente a ellos. A su vez, el moderador se compromete a actuar como un espejo, a devolver al grupo el discurso producido por el*

grupo. Éste se convierte en un facilitador del discurso de los participantes del grupo de discusión”.

Durante el desarrollo de la investigación, la autora identificó barreras internas y externas que limitaron la ejecución del estudio. Entre las barreras internas se encontró los recursos limitados (humanos y materiales), la elevada carga de trabajo y la inestabilidad de los recursos humanos. Solo se identificó como barrera externa, las limitaciones en el acceso a bibliografías actualizadas relacionadas con la valoración del dolor.

A consideración de la autora, abordar estas barreras requiere un enfoque multifacético que incluya la capacitación continua del personal, la implementación de protocolos estandarizados, y la mejora de los recursos y la infraestructura en la UCIP. Además, es crucial fomentar una cultura de atención centrada en el paciente que reconozca la importancia de la valoración y el alivio del dolor.

Conclusiones del capítulo III

La triangulación de los resultados de la observación y el grupo de discusión con los resultados de la revisión integrativa permitió el diseño de una intervención de enfermería con la inclusión de los usuarios del conocimiento y la evidencia científica acorde a las mejores prácticas de la profesión.

La guía diseñada, como parte de la intervención de enfermería, establece un algoritmo, considerado como útil y aplicable, dada la inclusión de los contenidos necesarios, comprensibles, la utilidad y aplicabilidad, aspectos declarados como facilitadores para la implementación.

CONCLUSIONES

- La Teoría de los síntomas desagradables y el Modelo de traducción del conocimiento en acción constituyeron referentes teóricos y el eje conductor para el diseño de la intervención de enfermería para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, basado en las necesidades, en los saberes profesionales y la síntesis del conocimiento científico.
- La exploración del estado actual de la valoración del dolor en los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos pediátricos permitió identificar las necesidades de conocimiento y sugirió los contenidos para el diseño de actividades de capacitación para la valoración del dolor en las unidades de cuidados intensivos pediátricos.
- La intervención de enfermería constituye una propuesta favorable al cambio para perfeccionar los modos de actuación profesional de Enfermería, en pos de un cuidado con calidad durante la estadía hospitalaria.
- La validación de la intervención de enfermería, la determinación de la validez y confiabilidad de las escalas para la valoración del dolor en la unidad de cuidados intensivos permite que los profesionales dispongan de información suficiente para mejorar los modos de actuación.
- Para la implementación de la intervención de enfermería se identificó como barreras el poco número de personal de Enfermería y como facilitadores la utilidad y aplicabilidad de los contenidos.

RECOMENDACIONES

Al departamento de Enfermería de la Dirección Provincial de Salud y al Programa Materno Infantil en Cienfuegos:

- Promover el desarrollo de nuevas investigaciones para la evaluación de la implementación de los resultados de la investigación.
- Divulgar los resultados de la investigación, entre la comunidad científica cubana para estimular el desarrollo de futuros estudios en otras áreas de las Ciencias de la Enfermería y de las Ciencias Médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2020 [citado 2023 Ago 07];27(4):232-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003&lng=es.
2. Turner JA, Arendt-Nielsen L. Four decades later. What's new, what's not in our understanding of pain. Pain. 2020;161(9):1943-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001991>
3. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976–82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
4. International Association for the Study of Pain. IASP's 50th Anniversary: Working Together for Pain Relief Throughout the World [Internet]. Washington D.C; 2022 [citado 2023 Jun 10]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/>
5. Irazábal MS. Valoración de dolor al paciente en la unidad de terapia de adultos. Notas enferm [Internet]. 2021 [citado 2023 Ago 20];20(37):15-22. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/33364>
6. Taínta M, Arteché Y, Martín I, Salas V, Goñi R. Conocimientos y actitudes de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos acerca del dolor de los pacientes. An Sist Sanit Navar. 2020;43(2):177-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.23938/assn.0872>
7. Herdman H, Kamitsuru S, Takáo-Lopes C. Diagnósticos de enfermería NANDA International. Definiciones y clasificación. 2021–2023. 12a ed. Nueva York: Editorial Artmed; 2021. DOI: <https://doi.org/10.1055/b000000515>
8. Mozo del CY, Toledo del CB, Navarro ML, Leyva CM, Monfort CL, Míguez NMC, et al. Situación actual y retos de los pediatras españoles en el manejo del dolor infantil. An Pediatr (Barc). 2022; 97(3):207.e1-207.e8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.07.005>

9. Quintero-Castellanos JM, Hernández A, Parra T. Prevalencia de dolor en lactantes y preescolares en un hospital colombiano. *Rev. Colomb. anestesiología*. 2022;50(1):e202. DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1000>.
10. Stevens BJ, Hathway G, Zempsky WT, editores. *Oxford Textbook of Pediatric Pain*. Oxford: University Press; 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780198818762.001.0001>.
11. Ferreira JLG, Da Costa MF, Bezerra MATF, Costa DL de S, Carvalho D da S, Ramalho JPG, et al. Manejo da dor em pediatria: reflexões para o cuidado em saúde. *Rev Contemp*. 2024; 4(2):e3420. DOI: <http://dx.doi.org/10.56083/rcv4n2-113>
12. Nordness MF, Hayhurst CJ, Pandharipande P. Current perspectives on the assessment and management of pain in the intensive care unit. *J Pain Res*. 2021; 14:1733–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/jpr.s256406>
13. Ibon Fernández R. Eficacia de una intervención educativa en la valoración del dolor agudo en pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos en la provincia de la Coruña [tesis]. La Coruña: Universidad de la Coruña; 2020 [citado 2023 Jun 20]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/26211>
14. Ismail A, Forgeron P, Polomeno V, Gharaibeh H, Harrison D. Pain management practice and guidelines in Jordanian pediatric intensive care units. *Pain Manag Nurs*. 2018; 19(2):195-203.e4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2017.07.004>
15. Sulla F, La Chimia M, Barbieri L, Gigantiello A, Iraci C, Virgili G, et al. A first contribution to the validation of the Italian version of the Behavioral Pain Scale in sedated, intubated, and mechanically ventilated paediatric patients. *Acta Biomed*. 2018; 89(7-S):19–24. DOI: <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v89i7-S.7945>
16. Tamvaki E, Efstratiou F, Nteli C, Matziou V, Pavlopoulou I, Myrianthefs P, et al. Validation of the Greek version of comfort-B, FLACC, and BPS scales in critically ill children and their association with clinical severity. *Pain Manag Nurs*. 2020; 21(5):468–75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2019.10.004>
17. Bosch-Alcaraz A, Luna-Castaño P, García-Soler P, Tamame-San Antonio M, Falcó-Pegueroles A, Alcolea-Monge S, et al. Grado de disconfort del paciente crítico pediátrico y correlación con variables sociodemográficas y clínicas, analgesia y sedación

- y síndrome de abstinencia. Estudio multicéntrico COSAIP (Fase 2). *An Pediatr (Barc)*. 2021;95(6):397–405. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.10.016>
18. Lares EL, Bruene D, Fayram LR, Houston A, Kephart K, Merrifield E, et al. Pediatric pain assessment in the intensive care unit: An evidence-based algorithm. *Pain Manag Nurs*. 2021;22(3):260–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2020.10.005>
19. Pedraza GCP, Benavides BDS. Características psicométricas de la escala FLACC traducida al español en niños de 2 meses a 7 años hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos de Latinoamérica [tesis]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2019 [citado 2023 Jun 20]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/19605>
20. Silva MBB, Ferreira LD, Cabral ML, Santos ÁPE, de Oliveira RL, Barbosa RRS. Análise da correlação entre diferentes escalas de avaliação de nível da dor em uma Unidade De Terapia Intensiva Pediátrica. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*. 2020; 12(2):1-8. DOI: <https://doi.org/10.36692/cpaqv-v12n2-21>
21. Tone MSY. Manejo del dolor por el profesional de enfermería en una unidad de cuidados intensivos de un hospital pediátrico de Lima, 2020 [tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2020 [citado 2023 Jun 20]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/4303/Sujhey_Trabajo_Especialidad_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Tavares S, Barbosa L, Contini I. Pain assessment in pediatric and neonatal patients in intensive care unit and pain relief alternatives used by nurses: Integrative review. *Pediatr Crit Care Med*. 2021; 22(Sup. 13S):67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.pcc.0000738616.73603.0d>
23. Rodríguez HI, Fajardo V A, Peña JM. Rol del enfermero en las etapas de evaluación, valoración e intervención del dolor en niños. *Rev habanera cienc médicas [Internet]*. 2016 [citado 2023 Jun 20]; 15(3):399–407. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000300009&lng=es.

24. Pérez CN, Martínez TMdelC, Gómez CSY, Díaz MI. Validación Delphi de un cuestionario sobre el manejo del dolor en pediatría. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2019 [citado 2023 Jun 20]; 91(2):e494. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312019000200010&lng=es.
25. Ojeda GJ. Hospital sin dolor: una vía para la atención integral del dolor en pacientes ingresados. Medisur [Internet]. 2017 [citado 2023 Jun 20]; 15(3):295–6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000300002&lng=es
26. Díaz DJ. Evaluación del dolor posoperatorio en niños. Medisur [Internet]. 2017 [citado 2023 Jun 17]; 15(6):758-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000600001&lng=es.
27. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Planeta Publishing; 2015 [citado 2023 Jun 20]. Disponible en: <https://dle.rae.es/paciente>
28. Stewart D. Informe sobre el Día Internacional de la Enfermera 2023 [Internet]. 2023 [citado 2023 Jun 20]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_IND_2023_Report_SP.pdf
29. Ramírez LB, Leyva FI, Fernández PRM. La historia del dolor y su tratamiento en las civilizaciones. Edumed Holguín 2020 [Internet]. 2020 [citado 2023 Jun 20]. Disponible en: <http://www.edumedholguin2020.sld.cu/index.php/edumedholguin/2020/paper/view/202/117>
30. Cohen M, Quintner J, van Rysewyk S. Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. Pain Rep [Internet]. 2018 [citado 2023 Jun 20]; 3(2):e634. Disponible en: https://journals.lww.com/painrpts/fulltext/2018/04000/Reconsidering_the_International_Association_for.3.aspx
31. Anand K, Craig K. New perspectives on the definition of pain. Pain. 1996; 67(1):3-6. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(96\)03135-1](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(96)03135-1)

32. Aydede M. Defending the IASP definition of pain. *Monist*. 2017; 100(4):439–64.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/monist/onx021>
33. Alcock MM. Defining pain: past, present, and future. *Pain*. 2017; 158(4):761–2.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000828>
34. Tesarz J, Eich W. A conceptual framework for “updating the definition of pain”.
Pain. 2017; 158(6):1177–8. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000878>
35. Osborn M. Situating pain in a more helpful place. *Pain Rep*. 2018; 3(2):e642. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1097/pr9.0000000000000642>
36. Trouvin AP, Perrot S. New concepts of pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2019;
33(3):101415. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2019.04.007>
37. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el tratamiento
farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. Ginebra:
Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2012. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595840/>
38. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre el manejo del dolor crónico en
niños: resumen ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [Internet].
2021. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/341468>
39. United Nations. Resolution n.1386, of 20 November 1959. Declaration of the rights
of the child. Official Records of the General Assembly [Internet]. New York; 1959
[citado 2023 Dic 10]. Disponible en:
<https://documents.un.org/doc/resolution/gen/nr0/142/09/pdf/nr014209.pdf?token=32Xt06KD0WeQ09FOpo&fe=true>
40. Europea C. Carta Europea de los Niños Hospitalizados. Resolución de 13 de Mayo
de. Diario Oficial de las Comunidades Europeas [Internet]. 1986 [citado 2023 Dic
10]; 148(37):69-71. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95865e2487_carta_europea_ninos_hospitalizados.pdf
41. Notejane M, Bernadá M, Ruiz V, Klisich V. Conocimientos del personal de
enfermería de un hospital pediátrico de referencia respecto a la evaluación y

- abordaje del dolor en niños. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2019; 76(1):27-34. DOI: <https://doi.org/10.24875/bmhim.18000076>
42. Parra GD, Cuadro MV, Nies MR, Pávez CC, Romero TM, Seoane CC, et al. Percepción de las Enfermeras frente al manejo del dolor en niños en un Servicio Oncológico Hospitalario en Chile. Enferm Cuid Humaniz. 2020; 9(2):85-99. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.2094>
43. López Ramiro JI, Ramírez Ruiz E, Utrero Marín V. Humanización del cuidado de los pacientes pediátricos hospitalizados. Conocimiento Enfermero. 2023; 6(22):45–60. DOI: <http://dx.doi.org/10.60108/ce.259>
44. Burki TK. Nuevas guías para pacientes de unidad de cuidados intensivos pediátricos. Lancet Respir Med. 2022;10(4):E42. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s2213-2600\(22\)00084-4](http://dx.doi.org/10.1016/s2213-2600(22)00084-4)
45. Randolph AG, Gonzales CA, Cortellini L, Yeh TS. Growth of pediatric intensive care units in the United States from 1995 to 2001. J Pediatr. 2004; 144(6):792–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.03.019>
46. Dreyfus L, Javouhey E, Denis A, Touzet S, Bordet F. Implementation and evaluation of a paediatric nurse-driven sedation protocol in a paediatric intensive care unit. Ann Intensive Care. 2017; 7(1):1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13613-017-0256-7>
47. Telechea H, Idiarte L, Pardo L, Mondada S, Silva A, Silveira L et al. Evaluación del uso de sedación y analgesia en niños con asistencia ventilatoria mecánica. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2019 [citado 2023 Dic 10]; 90(1):6-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492019000100006&lng=es.
48. Gosselin É, Richard LM. Role of family members in pain management in adult critical care. AACN Adv Crit Care. 2019; 30(4):398–410. DOI: <http://dx.doi.org/10.4037/aacnacc2019275>
49. Serrano AO. El abordaje del dolor infantil en los Servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos Pediátricos. XVIII REUNIÓN DE EXPERTOS 2018 [Internet]. Fundación Grunenthal.es [citado 2023 Dic 10]. Disponible en:

https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/pdfs/Libro_XVIII_Reunion_Experts_web.pdf

50. Vieira MRP, Rodrigues DS, Souza LC de B, Pinto FWA, Colares PGB, Amaral JJF do, et al. Escalas de dor em crianças em idade pré-verbal e em crianças com comprometimento cognitivo e incapacidade de comunicação: uma revisão narrativa. Brazilian Journal of Case Reports. 2021; 1(3):14–26. DOI: <http://dx.doi.org/10.52600/2763-583x.bjcr.2021.1.3.14-26>
51. Alvarado GMS, Aguilar A. Escala de dolor para pacientes pediátricos. Estudio de revisión sistematizada. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [Internet]. 2019 [citado 2023 Dic 10]; 27(3):112-28. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/rmec/e27305>
52. Mora RLA, Quintero PT. Sociabilización de la Escala BPS (Behavioral Pain Scale) para la valoración del dolor en el paciente ventilado y bajo efectos de sedación en la UCI. [tesis]. Bogotá: Universidad de la Sabana, Facultad de Enfermería; 2016 [citado 2023 Dic 10]. Disponible en: [https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/22539/Liliana%20Andrea%20Mora%20Rico%20\(tesis\).pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/22539/Liliana%20Andrea%20Mora%20Rico%20(tesis).pdf?isAllowed=y&sequence=1)
53. Fernández RV. Actualización del manejo del dolor en Pediatría. Evaluación, tratamiento y prevención del dolor [Internet]. Málaga: Andapap; 2018 [citado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1U8fMtxT4sMORvSODTeAzYfIG5ZR-F3le/view>
54. Vicente HMT, Delgado BS, Bandrés MF, Ramírez IdelaTMV, Capdevila GL. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018 [citado 2023 Dic 10]; 25(4):228–36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228
55. Carrasco GMI, Zurita CJ, Guerrero DAC. Evaluación y manejo del dolor de niños hospitalizados. Rev Mex Pediatr. 2022; 89(5):177–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.35366/110501>
56. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Crit Care Med [Internet]. 2001 [citado 2023 Dic 10]; 29(12):2258–63. Disponible en:

https://journals.lww.com/ccmjjournal/abstract/2001/12000/assessing_pain_in_critically_ill_sedated_patients.4.aspx

57. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *Am J Crit Care*. 2006; 15(4):420–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2006.15.4.420>
58. Latorre MI, Solís MM, Falero RT, Larrasquitu SA, Romay PAB, Millán SI. Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enferm Intensiva*. 2011; 22(1):3–12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2010.09.005>
59. Fernández L. Valoración de las escalas de dolor en pacientes con ventilación mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos Internet [tesis]. La Coruña: Universidade Da Coruña; 2014 [citado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/13611>
60. Granata C, Guasconi M, Ambrosi F, Anderle L, Marone B, Dimonte D, et al. Evaluation of pain in the paediatric patient admitted to sub-intensive care: a scoping review protocol. *Acta Biomed*. 2023; 94(1):e2023039. DOI: <https://doi.org/10.23750/abm.v94i1.14159>
61. Alligood MR, Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería [Internet]. 9na ed. España: Elsevier; 2018 [citado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nlpgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Raile+Alligood,Modelos+y+teor%C3%ADas+en+enfermer%C3%ADa.+9na+Edici%C3%B3n&ots=6rWqjoXr2K&sig=lbKoBUoXy3iJDkhCZERaxwJYkBA>
62. Lenz E, Pugh L, Milligan R, Gift A, Suppe F. The Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms: An Update. *Advances in Nursing Science* [Internet]. 1997 [citado 2023 Dic 10]; 19(3):14-27. Disponible en: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/1997/03000/the_middle_range_theory_of_unpleasant_symptoms_an.3.aspx
63. Lenz E, Pugh L. Theory of Unpleasant Symptoms. In: Smith M, Liehr P, editors. *Middle Range Theory for Nursing*. 2a ed. New York: Springer Publishing Company; 2008. DOI: <https://doi.org/10.1891/9780826139276>

64. Lenz E, Pugh L. The Theory of Unpleasant Symptoms. In: Smith MJ, Liehr P. Middle Range Theory for Nursing. 3a ed. New York: Springer Publishing Company; 2014. DOI: <https://doi.org/10.1891/9780826139276>
65. Gomes GLL, Oliveira FMRL, Barbosa KTF, Medeiros ACT, Fernandes MGM, Nóbrega MML. Teoria dos sintomas desagradáveis: análise crítica. Texto Contexto Enferm. 2019; 28:e20170222. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0222>
66. Armstrong TS. Symptoms experience: A concept analysis. Oncol Nurs Forum. 2003; 30(4):601-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1188/03.ONF.601-606>
67. Henly SJ, Kallas KD, Klatt CM, Swenson, KK. The notion of time in symptom experiences. Nurs Res. 2003; 52(6):410-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006199-200311000-00009>
68. Díaz DJ, Torres EJM, Mora PY, Cedeño DDD. Referentes teóricos de enfermería que sustentan la valoración del paciente con dolor en cuidados intensivos neonatales y pediátricos. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2023 [citado 2024 Ene 10]; 39(1):e6127. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6127>
69. Van Der SN, Soto A, Solari L. Traducción del conocimiento: Pautas básicas para los profesionales de la salud pública. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 2023 Dic 10]; 33 (3):513-9. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/622339/a17v33n3pdf?sequence=2&isAllowed=y>
70. Canadian Institutes for Health Research. Knowledge translation [Internet]. 2017 [citado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html#7>
71. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. 3rd ed. Oxford: Ed Wiley-Blackwell Ltda; 2013. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118413555.ch01>
72. Cabral IE, Paula CC. Perspectiva latinoamericana del modelo conceptual conocimiento en acción de knowledge translation. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2020 [citado 2023 Dic 10]; 36(1):e2907. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2907/549>

73. Cabral IE. Prática de saúde e enfermagem. En: Teixeira E. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo - educacionais. Porto Alegre: Editora MORIÁ. 2017 [citado 2023 Dic 10]. p. 241-62. Disponible en: <https://issuu.com/moriaeditoraltda/docs/issuu- desenvolvimento>
74. Graham K, Logan J. Using the Ottawa Model of Research Use to implement a skin care program. Journal of Nursing Care Quality [Internet]. 2004 [citado 2023 Dic 10]; 19:18–24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14717144/>
75. Vieira ACG, Gastaldo D, Harrison D. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. Rev Bras Enferm. 2020; 73(5):e20190179. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>
76. Dimas de Oliveira D. Tradução de conhecimento na produção e validação de um almanaque sobre cuidados a criança em uso de colostomia no encontro com a família e especialistas. [tesis]. Rio de Janeiro: Universidad Federal de Rio de Janeiro; 2018 [citado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/objdig.ufrj.br/51/teses/930133.pdf>
77. Vieira AC, Harrison DM, Bueno M, Guimarães N. Uso de la red social Facebook TM en la recopilación de datos y difusión de evidencia. Esc Anna Nery. 2018; 22(3): [aprox. 3 p.]. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0376>
78. Moura BR. Cabral IE, Carnevale F. Nurses' patterns of knowing about HIV disclosure to children. Rev Bras Enferm. 2022; 75:e20210103. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0103>
79. Tonel JZ, Vieira ACG, Rodrigues AP, Bolzan GP, Padoin SMM, Paula CC. Video clip for learning the physiology of lactation: evaluation by the family support network for breastfeeding women. Texto Contexto Enferm. 2023; 32:e20230048. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0048en>
80. Blanco FY. Intervención de enfermería para prevenir lesiones no intencionales en la infancia. Municipio de Cienfuegos [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2019. [citado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php/index.php?P=FullRecord&ID=599>
81. Martín HM. Intervención de enfermería para el autocuidado de pacientes mastectomizadas. Villa clara. 2017-2020 [tesis]. La Habana: Universidad de

- Ciencias Médicas; 2020. [citado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/ucmvc/files/2023/11/Tesis-Magny.pdf>
82. Medina PJM. Preparación a cuidadoras de casas de cuidado infantil, desde la perspectiva de enfermería [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2022. [citado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/ucmvc/files/2023/11/Tesis-Jos%C3%A9-Martin-Medina-P%C3%A9rez.pdf>
83. Guzmán VM. Calidad de los cuidados en el proceso de hospitalización desde la atención centrada en la persona [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2022.
84. Hernández SR, Mendoza TCh P. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ª. ed. México: Editorial. Mcgraw-Hill; 2018 [citado 2023 Dic 10]. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
85. Cueva LT, Jara CO, Arias GJ, Flores LFA, Balmaceda FICA. Métodos mixtos de investigación. Perú: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C; 2023. DOI: <https://doi.org/10.35622/inudi.b.106>
86. Treviño MJG, Karla SNE, González MM. La discusión grupal en evaluaciones escritas como técnica efectiva de aprendizaje. Vincula Téctica EFAN. 2020; 6(2):1905-16. DOI: <https://doi.org/10.29105/vtga6.2-696>
87. Sánchez MJ, Fernández M, Díaz JC. Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador cualitativo. RCUISRAEL [Internet]. 2021 [citado 2023 Dic 10]; 8(1):107-21. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-27862021000300107&lng=es&nrm=iso
88. Bardin L. Análise de conteúdo [Internet]. 3ª reimp. da 1ª edição. São Paulo: Edições 70; 2016 [citado 2023 Dic 20]. Disponible en: <https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>

89. Villca Villegas JL, Moreno Choque RA. Definiendo una buena pregunta de investigación usando el formato PICOT y FINGER. *Gac médica boliv.* 2020;43(2):233–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.47993/gmb.v43i2.183>
90. Santa Cruz Terán FF, Obando Peralta EC, Reyes Pastor GE, Rodríguez-Balcázar SC. Investigación cualitativa: una mirada a su validación desde la perspectiva de los métodos de triangulación. *Rev Filosofía.* 2022;39(101):59-72. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6663103>
91. Vázquez LIA, Díaz CN, Pérez RY, Reyes VL. Fundamentos teóricos para la intervención psicosocial en la prevención del cáncer en el consejo popular San Juan de Dios. *Rev. Hum Med [Internet].* 2018 [citado 2023 Dic 10]; 18(3):613-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000300613&lng=es
92. Enríquez GC, Torres EJM, Alba PLC, Crespo BT, León ZY, Alcántara PFC. Intervención educativa en la comunidad para cuidadores de infantes con déficit de atención e hiperactividad. *Rev Edumecentro [Internet].* 2020 [citado 2023 Dic 10]; 12(3):221-40. Disponible en: http://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1584/html_600
93. Rodríguez LA. Intervención de enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica [tesis]. La Habana: Universidad de La Habana; 2022.
94. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JMM, Wagner CM. Nursing interventions classification (NIC)-E-Book. [Internet]. 7th ed. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2018. Disponible en: https://books.google.com.cu/books/about/Nursing_Interventions_Classification_NI_C.html?id=L4lIDwAAQBAJ&redir_esc=y
95. Barraza MA. La consulta a expertos como estrategia para la recolección de evidencias de validez basadas en el contenido. *Inv Educ Duranguense [Internet].* 2007 [citado 2023 Dic 10]; (7):5-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2358908.pdf>
96. Landeros Olvera EA, Morales Cruz AL, Lozada Perezmitre E, Galicia Aguilar RM, Antonio González G. Validación y adaptación de instrumentos psicométricos para

- el avance de la investigación en enfermería. Rev.Enferm.Neurol. 2024;22(3):281-90. DOI: <https://doi.org/10.51422/ren.v22i3.439>
97. Belinchón I, Queiro R, Salgado BL, López FA, Ferran M, Coto SP et al. Adaptación lingüística y cultural al español del cuestionario Psoriatic arthritis UnclutteRed screening Evaluation (PURE-4). Actas Dermo-Sifiliográficas. 2020; 111(8):655-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.03.004>
 98. Poveda PAB, Ochoa AVF, Peralta CIJ. Adaptación Lingüística de la Batería de Evaluación Neuropsicológica “BREV” en una población de escolares ecuatorianos. Rev Ecuat Neurol. 2021; 30(1):68-76. DOI: <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30100068>
 99. Olivero F, Ronquillo S. Método Delphi dirigido a la validación de un modelo de evaluación institucional. Scientarum [Internet]. 2021 [citado 2023 Dic 10]; 2:9-29. Disponible en: <https://investigacionuft.net.ve/revista/index.php/scientiarium/article/view/429>
 100. Ramírez Chávez MA, Ramírez Torres TZ. El método DELPHI como herramienta de investigación. Una revision. LATAM. 2024;5(1):3368–83. DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i1.1842>
 101. Escobar PJ, Cuervo MA. Validez de contenido y juicios de expertos: una aproximación a su utilización. Rev Avances en medición [Internet]. 2008 [citado 2023 Dic 10]; 6(3):27–36. Disponible en: https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/9416/0463/3548/Vol_6_Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
 102. Marín GF, Pérez GJ, Senior NA, García GJ. Validación del diseño de una red de cooperación científico-tecnológica utilizando el coeficiente K para la selección de expertos. Información tecnológica [Internet]. 2021 [citado 2023 Dic 10]; 32(2):79-88. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-07642021000200079&script=sci_arttext&tlng=en
 103. García GoA, Ramírez MM, De León G, Aragón S. El emprendimiento social como una competencia transversal: construcción y validación de un instrumento de valoración en el contexto universitario. REVESCO Revista de Estudios Cooperativos. 2020; 136:e71862. DOI: <https://dx.doi.org/10.5209/reve.71862>

104. Juárez HL, Tobón S. Análisis de los elementos implícitos en la validación de contenido de un instrumento de investigación. Revista Espacios [Internet]. 2018 [citado 2023 Dic 10]; 39(53):23. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.html>
105. López GE. El método Delphi en la investigación actual en educación: una revisión teórica y metodológica. Educación XX1. 2018 [citado 2023 Dic 10]; 21(1):17-40. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/307866477_El_metodo_Delphi_en_la_investigacion_actual_en_educacion_una_revision_teorica_y_metodologica#fullTextFileContent
106. Frías ND. Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida [Internet]. España: Universidad de Valencia; 2022 [citado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
107. Mayorga FMJ, Tójar HJC. El grupo de discusión como técnica de recogida de información en la evaluación de la docencia universitaria. Rev Fuentes [Internet]. 2004 [citado 2023 Nov 20]; (5):143-57. Disponible en: <https://revistascientificas.us.es/index.php/fuentes/article/view/2419>
108. Ortega LRM, Aguirre GME, Pérez VME, Aguilera PP, Sánchez CMD, Arteaga TJ. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. CienciaUAT [Internet]. 2018 [citado 2023 Ene 24]; 12(2):29-3. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100029
109. Hinarejos NP. Manejo del dolor en el paciente crítico. NPunto [Internet]. 2023 [citado 2023 Dic 20]; 6(66):99-125. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/66/manejo-del-dolor-en-el-paciente-critico>
110. Matos deAG, Stabnow SF, Pereira deJCAC, Martins de Moura SSR, Maia PL, Santos NM. Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre instrumentos de avaliação da dor pediátrica. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. 2023; 45:1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i45.50207>

111. Ribeiro LM, Santini CRG. Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde da teoria a prática. Porto Alegre: Editora Moriá; 2016.
112. LaFond CM, Hanrahan KS, Pierce NL, Perkhounkova Y, Laures EL, McCarthy AM. Pain in the Pediatric Intensive Care Unit: How and What Are We Doing? *Am J Crit Care*. 2019; 28(4):265–73. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2019836>
113. Guasconi M, Granata C, Sulla F, Rubbi I, Artioli G, Sarli L, Scelsi S. Validación de la versión italiana de la Escala de dolor conductual en pacientes pediátricos sedados, intubados y con ventilación mecánica. *Acta Biomed* [Internet]. 2021 [citado 2023 Dic 10]; 92(S2):e2021370. Disponible en: <https://mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/12429>
114. Lorenzini E, Banner D, Plamondon K, Oelke N. Um chamado à knowledge translation na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2023 Dic 10]; 28:[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/tc/article/view/28004es/28004p>
115. Via Clavero G, Frade Mera MJ, Alonso Crespo D, Castanera Duro A, Gil Castillejos D, Vallés Fructuoso O, et al. Futuras líneas de investigación en cuidados sobre dolor, sedación, contenciones y delirium en el paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2021; 32(2):57–61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2021.04.001>
116. Ministerio de Educación Superior de Cuba. MES Reglamento de la educación de posgrado de la República de Cuba. 2019 Resolución 140/2019. [citado 2023 Nov 20]. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/resolucion-140-de-2019-de-ministerio-de-educacion-superior>
117. Ministerio de Educación Superior de Cuba – MES. Manual para la Gestión del Posgrado. 2020 Instrucción No. 01/2020. Capítulo IV de la Formación Académica de Posgrado. MES [citado 2023 Nov 20]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/inhem/files/2022/12/Manual-Gesti%C3%B3n-Posgrado-MES-20-5-2020.pdf>
118. Baque LVL, Alvarado AGB, Quimis STR, Tóala ROW. El papel de la educación y la formación continua en la competencia de enfermería en el cuidado del paciente

- crítico. RECIMUNDO. 2023; 7(4):215-23. DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(4\).oct.2023.215-223](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.215-223)
119. Oviedo Rodríguez RJ, Ramírez García EJ, Costa Andrade Silva RM. Importancia de la formación y el entrenamiento en UCI: percepción de cuidado de enfermería. Una revisión bibliográfica. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2023; 4(2):182-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.56712/latam.v4i2.603>
 120. Palacios EX, Pulido RJ, Ramos ZD. Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): Revisión de tema. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud. 2017; 49(2):380-90. DOI: <https://doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017010>
 121. Pomares AAJ, Zaldívar PDF, López FR, Bernal VEJ. Validación del cuestionario reducido de afrontamiento al dolor crónico en la población cienfueguera con dolor crónico de espalda (2017-2018). Rev. Soc. Esp. Dolor. 2019; 26(5):276-83. DOI: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2019.3732/2019>
 122. Quezada G, Castro AMdelP, Oliva J, Gallo C, Quezada CMdelP. Método Delphi como estrategia didáctica en la formación de semilleros de investigación. Rev. Innova Educ [Internet]. 2020 [citado 2024 Ene 10]; 2(1):78-90. Disponible en: <https://revistainnovaeducacion.com/index.php/rie/article/view/67>
 123. Vinaccia AS, Parada N, Quiceno J, Riveros MF, Vera ML. Escala de satisfacción con la vida (SWLS): análisis de validez, confiabilidad y baremos para estudiantes universitarios de Bogotá. Psicogente. 2019; 22(42):1-20. DOI: <https://doi.org/10.17081/psico.22.42.3468>
 124. Mencía BS, Tapia MR. Escalas de sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Protoc diagn ter pediatr. 2020 [citado 2024 Ene 10]; 3:51-73. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_escalas_sedoanalgesia.pdf
 125. Lorenzo Allegue L. Evaluación del efecto de una intervención sobre la valoración, evaluación y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. [tesis]. Madrid: Universidad Complutense De Madrid; 2020. [citado 2024 Ene 10]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/11241>

126. Dorneles da Silveira AL, Rodrigues da Silva L, Diniz Machado ME, a Moreira Christoffel M, Coca Velarde LG. Prática de avaliação da dor na unidade de terapia intensiva neonatal: estudo transversal. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* 2023; 13:e4772. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v13i0.4772>
127. Pincay-Pin V, Mastarreno-Cedeño M, Briones-Mera Ángela, Ponce-Lino L. Control and management of pain in pediatric nursing. *CM* [Internet]. 2022 [citado 2024 Ene 10]; 8(1):36-46. Disponible en: <https://cienciamatriarevista.org.ve/index.php/cm/article/view/628>
128. Peirce D, Corkish V, Lane M, Wilson S. Nurses' knowledge and attitudes regarding pediatric pain management in western Australia. *Pain Management Nursing* [Internet]. 2018 [citado 2024 Ene 10]; 19(6):707–17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904217302576>
129. Rababa M, Al-Sabbah S, Hayajneh A. Nurses' Perceived Barriers to and Facilitators of Pain Assessment and Management in Critical Care Patients: A Systematic Review. *J Pain Res.* 2021; 14:3475–91. DOI: <https://doi.org/10.2147/JPR.S332423>
130. Casales Hernández MG, Reyes Morales H, Nigenda G, García Saisó S. Exploración de facilitadores y barreras para implementar los roles ampliados de enfermería en México. *Rev Panam Salud Publica.* 2023; 47:e142. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.142>
131. McArthur C, Bai Y, Hewston P, Giangregorio L, Straus SE, Papaioannou, A. Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care: a qualitative evidence synthesis. *Implementation Science.* 2021; 16(1):70. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01140-0>
132. Archila Hernández ED, Vergara Escobar OJ, Romero Torres MC, Pulido Barragán SP. Facilitadores y barreras para el uso de la práctica basada en evidencia. *Rev. cienc. cuidad.* 2024; 21(1):9-22. DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.4158>
133. Abu-Odah H, Said NB, Nair SC, Allsop M, Currow D, Salah MS, et al. Identifying barriers and facilitators of translating research evidence into clinical practice: A systematic review of reviews. *Health Soc Care Community.* 2022;30(6):e3265-76. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.13898>

134. Berthelsen C, Hølge-Hazelton B. The Importance of Context and Organization Culture in the Understanding of Nurses' Barriers Against Research Utilization: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2021; 18(2):111-7. DOI: <https://doi.org/10.1111/wvn.12488>
135. González Alcantud B. Barreras para la aplicación de la metodología enfermera en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2022; 33(3):151-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2021.12.002>
136. Mendes Nunes R, Rodrigues Nunes M, Amorim de Assunção I, de Souza Lages L. Sistematização da assistência de enfermagem e os desafios para sua implantação na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *Rev. Uningá*. 2019; 56:80-93. DOI: <https://doi.org/10.46311/2318-0579.56.eUJ2179>
137. Zuazua Rico D. Carga de trabajo de enfermería y su relación con el conocimiento y actitudes frente al dolor en cuidados intensivos [tesis]. Valencia: Universidad de Valencia; 2019 [citado 2024 Ene 20]. Disponible en: <https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/23eb5c25-db98-460e-b868-80abd2c4ee37/content>
138. Ramírez Garrido L. Monitorización de constantes vitales en la Unidad de Cuidados Intensivos. *NPunto* [Internet]. 2023 [citado 2024 Ene 10];6(66):24-43. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6516ad5c9946fart2.pdf>
139. Pozza DH, Azevedo LF, Lopes JMC. Pain as the fifth vital sign-A comparison between public and private healthcare systems. *PLoS One*. 2021;16(11):e0259535. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259535>
140. Carrasco GMI, Guerrero DAC, Sosa SK. Evaluación y tratamiento en el paciente pediátrico hospitalizado. *Rev Mex Pediatr* [Internet]. 2023 [citado 2024 Ene 10]; 90(5):203–10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2023/sp235h.pdf>
141. Loyo EB, del Valle Rojas C, Martínez Bonilla G. El Grupo de Discusión como generador de Discurso Social: Aproximaciones teórico-metodológicas. *Rev Austral Cienc Soc* [Internet]. 2017 [citado 2024 Ene 10]; (22):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/index.php/racs/article/view/950>

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

Amez Atapoma J, Diaz Pizán ME. Manejo del dolor en odontopediatría. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2014 [citado 2024 Jun 22]; 20(3):e166. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/1755>

Bárcena Fernández E. Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014; 16(Suppl 23):37-43. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000200005>

Eberhard FME, Mora DX. Manejo del dolor en el paciente pediátrico. Rev. chil. Pediatr [Internet]. 2004 Mayo [citado 2024 Jun 22]; 75(3):277-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000300012&lng=es

Montealegre Gómez DC. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Rev Cuid [Internet]. 2014 [citado 2024 Jun 22]; 5(1):679-88. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732014000100012&lng=en

Moraes M, Zunino C, Duarte V, Ponte C, Favaro V, Bentancor S et al. Evaluación de dolor en niños hospitalizados en servicios de salud públicos y privados de Uruguay. Arch. Pediatr. Urug [Internet]. 2016 Sep [citado 2024 Jun 22]; 87(3):198-209. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300002&lng=es

Notejane M, Le Pera V, Bernadá M. Conocimientos relativos al abordaje del dolor en niños: Encuesta a posgrados y residentes. Arch. Pediatr. Urug [Internet]. 2016 Dic [citado 2024 Jun 22]; 87(4):323-31. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000400004&lng=es

Rodríguez Hernández I, Fajardo Villarroel A, Peña Jiménez M. Rol del enfermero en las etapas de evaluación, valoración e intervención del dolor en niños. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Jun [citado 2024 Jun 22]; 15(3):399-407. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000300009&lng=es

ANEXOS

Anexo 1. Guía de observación

Objetivo: conocer como los profesionales de Enfermería realizan la valoración del dolor en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

La observación se realiza a partir de los aspectos que se expresan a continuación, donde la conducta durante la acción se centra en las siguientes categorías:

SO: Se observa. SOAV: Se observa a veces. NSO: No se observa.

| No. | Aspectos a evaluar | Categorías de la observación | | |
|-----|---|------------------------------|------|-----|
| | | SO | SOAV | NSO |
| 1 | Valora el dolor del paciente con la utilización de escalas de medición validadas. | | | |
| 2 | Valora la intensidad del dolor en el paciente en función de los signos vitales y demás registros fisiológicos. | | | |
| 3 | Valora la intensidad del dolor en función de la observación directa de las reacciones y comportamientos del paciente. | | | |
| 4 | Informa al paciente y al familiar sobre las medidas adoptadas para el manejo del dolor. | | | |
| 5 | Demuestra conocimientos sobre la valoración del dolor. | | | |
| 6 | Asume acciones dependientes e independientes para la valoración y alivio del dolor mediante métodos alternativos. | | | |
| 7 | Muestra respeto a los derechos y a la integridad de los pacientes y su familia | | | |
| 8 | Existe consenso de criterios en la valoración del dolor con el personal médico. | | | |

Anexo 2.

Grupo focal

Objetivos de la técnica

Obtener información sobre los criterios que posee el personal de Enfermería sobre la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Día:

Hora:

Lugar:

Desarrollo

Previo al inicio se dispuso las sillas en forma de herradura, la moderadora y auxiliares de investigación repasaron los roles durante la técnica. Se le solicitó el consentimiento informado de los participantes para la grabación de audios, videos y fotografías De los tres auxiliares de investigación, una fue observadora y realizó la relatoría. Las otras dos grabaron la sesión desde diferentes posiciones para garantizar la escucha y la transcripción posterior lo más fiel posible, además estuvieron al tanto de cualquier necesidad logística que ocurrió durante la sesión.

El moderador recibió en la puerta a los participantes, los saludó con los buenos días y los invitó a sentarse según preferían.

Después de acomodados todos, el moderador se presentó, así como a los auxiliares de investigación y les explicó cuáles serían sus roles, para que conociera que estos se moverían por el salón. Posterior, se explicó que esta técnica grupal forma parte de una investigación que se realiza en el Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos.

Se explicó que como parte de la investigación la participación es voluntaria, anónima y que los resultados sólo se utilizarán con fines investigativos, se les pidió firmar el consentimiento si están de acuerdo y los que no deseen participar pueden retirarse.

Una vez acomodadas todas las personas que accedieron a participar se les explicaron las normas grupales que deben respetarse durante la sesión, las cuales fueron:

- Todas las personas tienen total libertad de expresar sus opiniones, basado en que todos los criterios son importantes;

- Solicitar la palabra;
- Respetar el criterio ajeno y no emitir juicios de valor.
- Ajustar su discurso a menos de 3 minutos para permitir la participación en el encuentro.
- Dejar los móviles en silencio para no interrumpir la sesión, ni dejar de prestar atención.

Se plantea la pregunta indagatoria, la cual debe estar escrita en un lugar visible durante toda la técnica:

Pregunta indagatoria:

¿Cómo ustedes consideran que debe realizarse la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos pediátricos?

Después de 50 minutos de debate la observadora lee el resumen y pregunta si de esa manera es que como participantes desean que sea recogida la información.

Se cierra la sesión y se agradece a los participantes, se les explica que cuando se realice el análisis de contenido se volverán a invitar para presentar los resultados.

Concluido el debate se leyó el resumen de lo debatido con el objetivo de que los participantes ofrezcan su aprobación de que eso fue lo que quisieron decir. Además de consensar las opiniones y sugerencias emitidas por los participantes.

Se cerró la sesión y se ofrecieron las gracias a los participantes, se explicó que cuando se realice el análisis de contenido se volverán a invitar para presentar los resultados.

Anexo 3.

Consentimientos informados

Consentimiento informado de los profesionales de Enfermería

Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto. Cienfuegos

Estimado(a) Enfermero(a):

En el hospital pediátrico se realiza una investigación titulada Intervención de enfermería para la valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos para la realización de una tesis doctoral de Enfermería, usted ha sido seleccionado como participante, por los aportes que puede realizar de acuerdo con sus vivencias y experiencias al mencionado estudio.

La información será obtenida a través de la observación, grupo de discusión, entre otras técnicas. En algún momento se utilizarán medios de grabación, filmación o fotografía, por lo que le solicitamos su autorización. La información que se obtenga será anónima y solo se utilizará con fines científicos. Si usted accede a participar y por cualquier motivo desea abandonarlo durante el periodo de estudio es libre de hacerlo sin consecuencia alguna.

Nos dirigimos a usted con la intención de contar con el consentimiento para la inclusión en el estudio, confiamos que nuestra propuesta haya suscitado interés.

Gracias por la atención.

Hoja de consentimiento informado de los profesionales de Enfermería

Yo _____ he leído la hoja de información relacionado con la investigación.

He tenido tiempo para pensar y comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando lo desee, sin dar explicaciones y sin que esto ocasione consecuencias en mi desarrollo como profesional.

Estoy dispuesto a participar en el estudio y para que así conste firmo a continuación para expresar mi consentimiento:

Nombre y apellidos del participante: _____

Firma: _____

Agradecido por su participación

Firma del investigador: _____

Fecha: ____ de _____ del 20____

Nota: En caso de que desee comunicarse con el investigador principal del estudio, Jayce Díaz Díaz, puede hacerlo a la siguiente dirección: jaycedd@infomed.sld.cu

Móvil: 56284401

Consentimiento informado de la madre, padre, tutor legal o familiar

Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto. Cienfuegos

Estimada(o) madre y/o padre o tutor legal:

En el hospital pediátrico se realiza una investigación titulada Intervención de enfermería para la valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos para la realización de una tesis doctoral de Enfermería.

Nos dirigimos a usted con la intención de contar con el consentimiento para incluir en el estudio a su hijo(a).

Le aseguramos que el estudio no afectará la dinámica funcional de su hijo(a), por el contrario nos permitirá brindarle una mejor atención.

La información que se obtenga será anónima y solo se utilizará con fines científicos. Si usted aprueba la inclusión de su hijo(a) y por cualquier motivo desea no continuar durante el periodo de estudio es libre de hacerlo sin consecuencia alguna.

Confiamos que la propuesta haya suscitado interés.

Gracias por su atención.

Hoja de consentimiento informado para los padres o tutor legal

Yo _____ he leído la hoja de información que la enfermera(o) que firma, me ha dado. He tenido tiempo para pensar y le he preguntado las dudas que tenía y me las ha respondido de forma adecuada y por tanto entendí para qué se realiza este estudio.

Comprendo que la participación de mi _____ (relación con el niño/a) es voluntaria y que puede retirarse del estudio cuando quiera, sin dar explicaciones y sin que esto cambie la atención médica.

Nombre y apellidos del Padre y/o Madre o Tutor Legal

Firma: _____

Agradecido por su participación

Firma del investigador: _____

Fecha: ____ de _____ del 20____

Nota: En caso que desee comunicarse con el investigador principal del estudio, Jayce Díaz Díaz, puede hacerlo a la siguiente dirección: jaycedd@infomed.sld.cu

Móvil: 56284401

Cuestionario para la selección de expertos que participan en la validación de la intervención de enfermería para la valoración del dolor en la UCIP

Usted ha sido seleccionado(a) para participar como experto en la presente investigación al tener en cuenta la experiencia docente, científica y asistencial. La investigación tiene como parte de los objetivos diseñar una intervención de enfermería para la valoración del dolor en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos. Le solicitamos su ayuda, si está de acuerdo con nuestra petición le pedimos que complete el formulario que a continuación aparece.

DATOS GENERALES

Años de experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos: _____

1. Marque con una X en la escala creciente del 0 al 10 el grado de conocimiento o información que tiene sobre la valoración del dolor y la utilización de las escalas.

[illegible]

Anexo 5.

Informe de opinión de los expertos para la validación de la intervención de enfermería para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

Estimado(a) Dr.(a) / Licenciado(a) en Enfermería:

Nos dirigimos a usted para saludarlo(a) y a la vez comunicarle que, conocedores de su trayectoria académica y profesional, se le ha seleccionado como experto para revisar el contenido de la intervención de enfermería para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos pediátricos que pretendemos validar como parte de la Tesis para optar el grado de Doctor en Ciencias de la Enfermería.

Se adjunta la propuesta de intervención de enfermería para la valoración de dolor con la finalidad de determinar la validez de contenido, por lo que solicitamos marcar con una X el grado de evaluación para los ítems de la propuesta de la intervención, de acuerdo a su amplia experiencia y conocimientos.

Como parte de la intervención de enfermería, se realizó una selección de las escalas de medición para la valoración de dolor con el objetivo de determinar la validez y confiabilidad de las mismas; por lo que solicitamos su criterio como experto para la validación de contenido de las escalas. Le solicitamos marcar con una X el grado de evaluación para los ítems de cada escala, de acuerdo a su amplia experiencia y conocimientos. Agradecemos su colaboración y estamos seguros que su opinión y criterio de experto servirán para los fines propuestos.

Muchas Gracias

Validación de la intervención de enfermería para la valoración del dolor

Para la evaluación de la intervención de enfermería utilizará una escala numérica con puntuaciones de 0 (no pertenece), 1 (probablemente no pertenece), 2 (probablemente si pertenece) y 3 (si pertenece) a partir de los indicadores que les ofrecemos como criterios de evaluación.

| Intervención de enfermería | Indicadores a evaluar | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | Factibilidad (1 - 3) | Cientificidad (1 - 3) | Aplicabilidad (1 - 3) | Originalidad (1 - 3) |
| Etapas de la intervención | | | | |
| Guía para la valoración del dolor | | | | |
| Representación gráfica del algoritmo | | | | |
| Curso de superación (entrenamiento) | | | | |

Resultados de la validación de la intervención

Valoración total cuantitativa: _____

Opinión: Favorable _____ Debe mejorar _____ No favorable _____

Observaciones:

Validación de las escalas de medición del dolor

Para determinar la validez de contenido debe evaluar las categorías de medida del dolor propuestas en cada escala (Escala de caras de Wong-Baker, Escala Visual Analógica (EVA), Escala FLACC y Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)), con los respectivos descriptores y las cuatro orientaciones para la aplicación de la escala, de acuerdo con los siguientes atributos:

- Claridad: se comprende de manera fácil.
- Coherencia: guarda relación con lo que se pretende evaluar.
- Relevancia: es esencial para evaluar lo que se pretende.
- Suficiencia: son suficientes para evaluar en la totalidad lo que se pretende.

La evaluación de cada atributo se realizará mediante la escala de Likert, donde 1 expresa la menor expresión del indicador y 5 la de mejor con la clasificación: 1- No adecuada, 2- Poco adecuada, 3- Adecuada, 4- Bastante adecuada y 5- Muy adecuada.

| Escalas | Indicadores a evaluar | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | Claridad (1 - 5) | Coherencia (1 - 5) | Relevancia (1 - 5) | Suficiencia (1 - 5) |
| Escala de caras de Wong-Baker | | | | |
| Escala Visual Analógica (EVA) | | | | |
| Escala FLACC | | | | |
| Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID) | | | | |

Anexo 6.

Grupo de discusión

Objetivos de la técnica

Identificar las barreras y facilitadores para la implementación de la intervención de enfermería para la valoración del dolor en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Día:

Hora:

Lugar:

Desarrollo

Previo al inicio se dispuso las sillas en forma de herradura, la moderadora y auxiliares de investigación repasaron los roles durante la técnica. Se le solicitó el consentimiento informado de los participantes para la grabación de audios, videos y fotografías. De los tres auxiliares de investigación, una fue observadora y realizó la relatoría. Las otras dos grabaron la sesión desde diferentes posiciones para garantizar la escucha y la transcripción posterior lo más fiel posible, además estuvieron al tanto de cualquier necesidad logística que ocurrió durante la sesión.

El moderador recibió en la puerta a los participantes, los saludó con los buenos días y los invitó a sentarse según preferían.

Después de acomodados todos, el moderador se presentó, así como a los auxiliares de investigación y les explicó cuáles serían sus roles, para que conociera que estos se moverían por el salón. Posterior, se explicó que esta técnica grupal forma parte de una investigación que se realiza en el Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos.

Se explicó que como parte de la investigación la participación es voluntaria, anónima y que los resultados sólo se utilizarán con fines investigativos, se les pidió firmar el consentimiento si están de acuerdo y los que no deseen participar pueden retirarse.

Una vez acomodadas todas las personas que accedieron a participar se les explicaron las normas grupales que deben respetarse durante la sesión, las cuales fueron:

- todas las personas tienen total libertad de expresar sus opiniones, basado en que todos los criterios son importantes;
- solicitar la palabra;

– respetar el criterio ajeno y no emitir juicios de valor.

Se entrega el cuestionario de preguntas acompañado de la intervención de enfermería que comprende la guía para la valoración del dolor:

1. ¿Qué usted recomendaría para implementar la intervención de enfermería en la UCIP?
2. ¿Considera que existe alguna barrera para aplicar la intervención?
3. ¿Cree adecuado el formato y se entiende?
4. ¿Cuáles son las facilidades para su aplicación?

Se desarrolla el grupo discusión con los profesionales que laboran en los cuidados intensivos pediátricos (EI)

Concluido el debate se leyó el resumen de lo debatido con el objetivo de que los participantes ofrezcan su aprobación de que eso fue lo que quisieron decir. Además de consensar las opiniones y sugerencias emitidas por los participantes. Se cerró la sesión y se ofrecieron las gracias a los participantes.

Anexo 7.
**Aval del Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos
como entidad ejecutora**

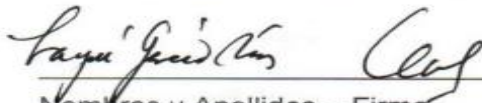
**Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto
Cienfuegos**

Aval de la entidad ejecutora

El Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos, a través de su directora y previamente valorado por el Comité de Ética de la Investigación, el Consejo Científico y el Consejo de Dirección de la institución, avala la realización del estudio **Intervención de enfermería para la valoración del dolor en las unidades de cuidados intensivos pediátricos**, investigación que responde al proyecto institucional **Sistema integrado de evaluación e intervención en la atención del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos** aprobado el 11 de febrero del 2020 por el Consejo Científico quedando en acta según Acuerdo No. 5-2020, así como deja constancia de sus acuerdo en participar del mismo en su doble condición de institución ejecutora y cliente del proyecto. Se deja constancia del consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio.

Por lo antes expuesto, la institución que represento está de acuerdo con su ejecución y se compromete a apoyar sus desarrollo, introducción y generalización de los resultados.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento,



Nombres y Apellidos – Firma

Directora de la institución.



Anexo 8.
Aval del Consejo Científico del Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto de Cienfuegos

**Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto
Cienfuegos**

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico del Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto, de Cienfuegos, otorga el presente **AVAL** a la investigación **Intervención de enfermería para la valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos** que responde al proyecto institucional **Sistema integrado de evaluación e intervención en la atención del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos** presentado por la autora MSc. Jayce Díaz Díaz, en representación del equipo de investigación.

El proyecto se presentó para su análisis en Sesión del Consejo Científico con fecha 11 de febrero del 2020, quedando en acta según Acuerdo No.5, teniendo en cuenta su correspondencia con las líneas de investigación de la institución.

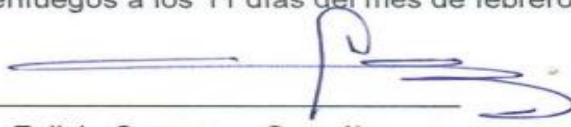
Se avala el mismo como para su participación en la convocatoria: Proyecto institucional X

Requisitos metodológicos para su realización: Si

Cumple con los requisitos éticos: Si

Acuerdo No 5-2020 del Consejo Científico.

Dado en Cienfuegos a los 11 días del mes de febrero del año 2020.


Dr. C. María Felicia Casanova González
Presidente del Consejo Científico




Dr. C. María Felicia Casanova González
41027

Anexo 9.
Aval del Consejo Científico Provincial. Cienfuegos

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO PROVINCIAL

El Consejo Científico Provincial, constituido por Resolución 75/2018 de la Rectora de la Universidad de Ciencias Médicas, con fecha 01 de junio del 2018; y en conformidad con sus funciones y atribuciones, otorga el presente **AVAL** a la investigación **Intervención de enfermería para la valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos** que responde al proyecto institucional **Sistema integrado de evaluación e intervención en la atención del dolor en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos** presentado por la autora MSc. Jayce Díaz Díaz, en representación del equipo de investigación.

El proyecto se presentó para su análisis en Sesión del Consejo Científico Provincial con fecha 05 de marzo del 2020 y cumple con los requisitos exigidos.

Se avala el mismo que constituye un proyecto de Tesis Doctorado.

Requisitos metodológicos para su realización: Si

Cumple con los requisitos éticos: Si

Acuerdo No 14-2020 del Consejo Científico.

Dado en Cienfuegos a los 5 días del mes de marzo del año 2020





Dr. C. Víctor René Navarro Machado

Presidente del Consejo Científico Provincial



Anexo 10. Guía para la valoración del dolor

| | | |
|--|--|-----------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 1 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor | |
| Autores: MSc. Jayce Díaz Díaz, Esp. Zulema Sánchez Acosta, MSc. Felicia Rodríguez Solís Colaboradores: Equipo de profesionales que integran el proyecto de investigación. | | |
| DEFINICIÓN Procedimiento mediante el cual se pretende conocer la etiología, intensidad, localización, comienzo y duración del dolor que presenta en el niño(a) para el alivio o disminución del mismo a un nivel de tolerancia aceptable. | | |
| OBJETIVOS <ol style="list-style-type: none">1. Obtener información subjetiva por parte del niño, a través de manifestaciones verbales o escritas.2. Conseguir información objetiva, mediante:<ol style="list-style-type: none">a) Observación de la conducta del paciente con dolor.b) Utilización de escalas validadas para medir las respuestas autonómicas asociadas al dolor.3. Determinar el grado de alivio tras la administración de la terapia farmacológica y no farmacológica, de cara a valorar la eficacia de una pauta terapéutica. | | |
| INDICACIONES <ul style="list-style-type: none">▪ Valorar a todos los pacientes que se encuentren en situación de riesgo de padecer dolor al menos una vez al día, preguntar al propio niño o al familiar/cuidador sobre la presencia de dolor, mediante métodos autoevaluativos (escalas de autoinforme).▪ En aquellas situaciones en las que el niño no pueda expresarse de manera verbal, deben utilizarse métodos conductuales (escalas observacionales) para identificar la presencia de dolor.▪ Reevaluar el dolor de forma periódica, en función del tipo, la intensidad del dolor y el plan de tratamiento:<ul style="list-style-type: none">- En cada nueva queja de dolor.- Tras la realización de un procedimiento doloroso.- Cuando aumente de intensidad.- Cuando el dolor no se alivia tras la puesta en marcha de estrategias eficaces.- Después de que la intervención terapéutica ha alcanzado su pico de efecto:<ul style="list-style-type: none">✓ 15 - 30 minutos después de terapia analgésica por vía parenteral.✓ 1 hora después de la administración de analgésicos.✓ 30 minutos después de intervención no farmacológica. | | |


| | | |
|---|--|-----------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 2 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor | |

- Dolor agudo post-operatorio debe ser evaluado de manera periódica según lo determine:
 - ✓ La cirugía realizada y la intensidad del dolor.
 - ✓ Con cada nueva demanda por dolor, o la aparición de dolor irruptivo.
 - ✓ Después de la administración de analgesia, según el tiempo máximo de efecto.
- La aparición inesperada de dolor intenso, si es repentino o está asociado a alteraciones de los signos vitales, como hipotensión, taquicardia o fiebre, debe ser evaluado de forma inmediata.


MATERIAL
Hoja de evolución de enfermería.
Algoritmo de valoración del dolor.
Escala validada.

PARÁMETROS A MONITORIZAR
Los siguientes parámetros integran la valoración del dolor:


- Examen físico.
- Localización del dolor.
- Nivel de dolor en reposo y durante la actividad.
- Uso de fármacos.
- Factores precipitantes.
- Calidad de dolor
- Irradiación de dolor.
- Severidad del dolor (intensidad, escala de 0-10).
- Tiempo (ocasional, intermitente, constante).
- Pruebas de diagnóstico y de laboratorio.
- Sentimientos de angustia causados por el dolor.
- Respuestas de afrontamiento al dolor (efectos psicosociales y espirituales).
- Medidas de alivio del dolor.

| | | |
|---|--|-----------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 3 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor | |


| ETIQUETA DIAGNÓSTICA | RESULTADOS (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) | ACTIVIDADES |
|--|--|--|--|
| CÓDIGOS: 00132 Dolor agudo DOMINIO: 12 Comodidad CLASE: 1 Comodidad física | Dominio: 05 Salud percibida Clase: (V) Sintomatología Resultado: 2102 Nivel de dolor Indicadores: 210201. Dolor referido 210204. Duración de los episodios de dolor 210206. Expresiones faciales de dolor | 6680. Monitorización de los signos vitales | 1. Valorar al niño al ingreso y durante la estadía en la UCIP. 2. Chequear signos vitales cada una hora. 3. Valorar las características y la intensidad del dolor: (ver anexos) – Métodos fisiológicos – conductuales. – Escalas validadas según edad y estado de conciencia. – Información brindada por el niño, los padres o el familiar acompañante. 4. Clasificación de la intensidad y características del dolor: – Sin Dolor: igual a 0 – Dolor leve: de 1 a 3 – Dolor moderado: de 4 a 6 – Dolor grave: de 7 a 10 |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 4 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor | |


| ETIQUETA DIAGNÓSTICA | RESULTADOS (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) | ACTIVIDADES |
|--|--|--|--|
| CÓDIGOS: 00132 Dolor agudo DOMINIO: 12 Comodidad CLASE: 1 Comodidad física | Dominio: 05 Salud percibida Clase: (V) Sintomatología Resultado: 2102 Nivel de dolor Indicadores: 210201. Dolor referido 210203. Irritabilidad 210206. Expresiones faciales de dolor | 6680. Monitorización de los signos vitales | 5. Valorar las características del dolor: origen, localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, agravantes, recuperación y tratamiento. 6. Valorar los factores físicos, psicológicos y socioculturales que acompañan la experiencia del dolor. |
| | Dominio: 04 Conocimiento y conducta de salud. Clase: (Q) Conducta de Salud Resultado: 1605 Control del dolor Indicadores: 160511. Refiere dolor controlado. | 1410. Manejo del dolor: agudo 2300. Administración de medicación 2380. Manejo de la medicación | 7. Cumplir tratamiento farmacológico para el alivio del dolor según indicaciones médicas. 8. Vigilar e identificar la presencia de efectos secundarios a la administración de los medicamentos. 9. Evaluar la eficacia del tratamiento administrado. |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 5 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor | |


| ETIQUETA DIAGNÓSTICA | RESULTADOS (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) | ACTIVIDADES |
|--|--|--|--|
| CÓDIGOS: 00132 Dolor agudo DOMINIO: 12 Comodidad CLASE: 1 Comodidad física | Dominio: 04 Conocimiento y conducta de salud. Clase: (Q) Conducta de Salud Resultado: 1605 Control del dolor Indicadores: 160511. Refiere dolor controlado. 160513. Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario | 1400. Manejo del dolor. 2300. Administración de medicación 2380. Manejo de la medicación | 10. Informar al médico si persiste el dolor posterior a la administración de medicamentos. 11. Realizar registros de la valoración del dolor y las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas realizadas. 12. Establecer patrones de comunicación efectiva entre el paciente, los padres o familiares, el personal de enfermería, para lograr un manejo adecuado del dolor. |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 6 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor | |

| ETIQUETA DIAGNÓSTICA | RESULTADOS (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) | ACTIVIDADES |
|--|---|---------------------------------|---|
| CÓDIGOS: 00132 Dolor agudo DOMINIO: 12 Comodidad CLASE: 1 Comodidad física | Dominio: 05 Salud percibida Clase: (U) Salud y calidad de vida Resultado: 2010 Estado de comodidad: física Indicadores: 201002. Bienestar físico 201004. Posición cómoda | 6482. Manejo ambiental: confort | 13. Propiciar un entorno tranquilo. 14. Reducir la intensidad de la luz. 15. Mantener una temperatura agradable. 16. Reducir el volumen sonoro. 17. Acomodar al niño, con ayuda de los padres o familiares, en una posición agradable, entre almohadas, con caricias. |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 7 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor | |

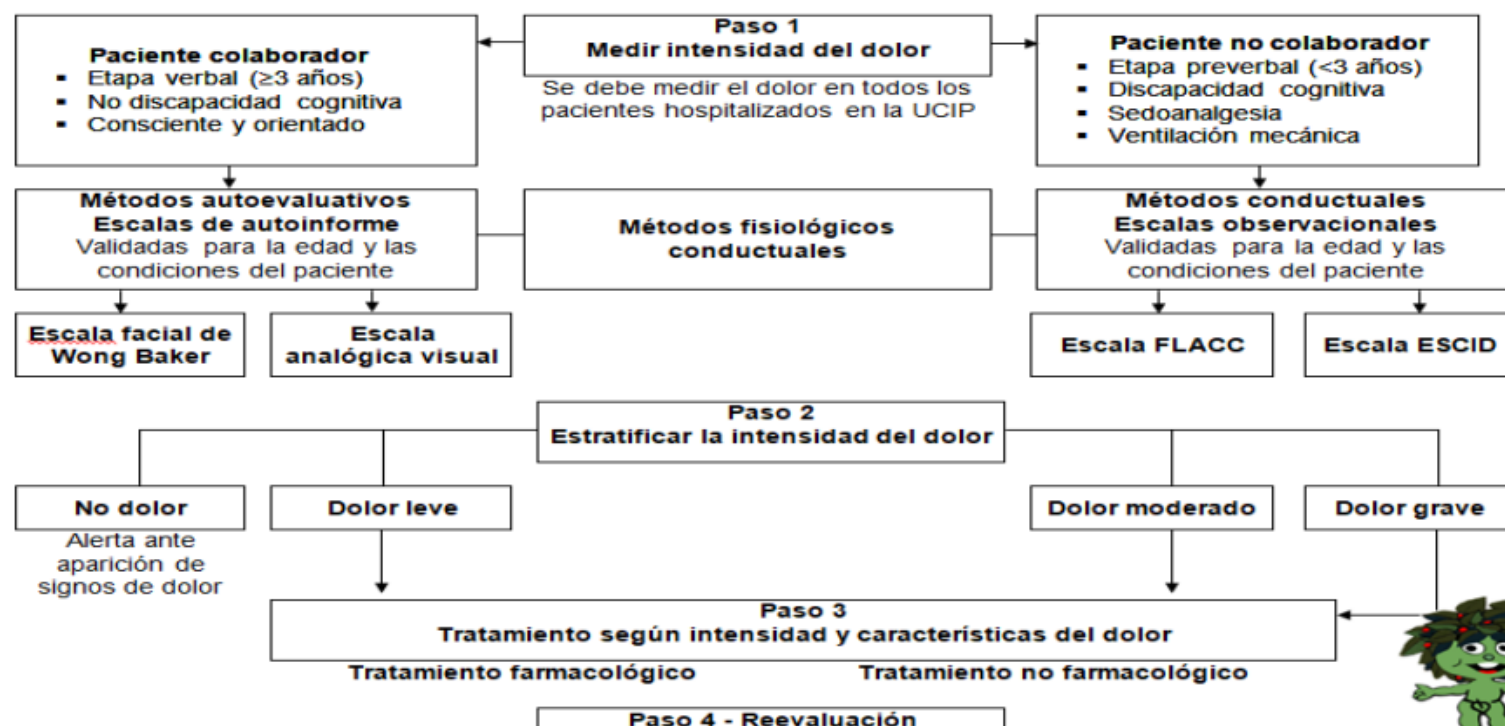
| ETIQUETA DIAGNÓSTICA | RESULTADOS (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) | ACTIVIDADES |
|--|--|--|---|
| CÓDIGOS: 00132 Dolor agudo DOMINIO: 12 Comodidad CLASE: 1 Comodidad física | Dominio: 03 Salud psicosocial Clase: (M) Bienestar psicológico Resultado: 1211 Nivel de ansiedad Indicadores: 121105. Inquietud 121108. Irritabilidad | 5820. Disminución de ansiedad 4400. Musicoterapia 4920. Escucha activa 5900. Distracción 5270. Apoyo emocional | 18. Utilizar musicoterapia. 19. Orientar a los padres o familiares leer un cuento. 20. Brindar papel y colores para que el niño dibuje según la edad y estado de conciencia. 21. Visualizar en la televisión dibujos animados al niño según la edad y estado de conciencia. 22. Realizar masajes corporales. 23. Apoyo emocional al niño, los padres o familiar acompañante. 24. Proporcionar información al niño, los padres o familiar sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo. |


| | | |
|---|--|-----------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 8 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor | |

BIBLIOGRAFÍA

- Carrasco González MI, Zurita Cruz J, Guerrero-Díaz AC. Evaluación y manejo del dolor de niños hospitalizados. Rev Mex Pediatr. 2022;89(5):177-179. DOI: <https://doi.org/10.35366/110501>.
- García Martínez KM, Soto Aguilar C, Martínez Martínez J. Evaluación continua del dolor en terapia intensiva de CEMENAV, un acercamiento a los métodos de valoración y sus escalas. Rev. Enferm. Neurol. 2023;22(2):14-28. DOI: <https://doi.org/10.51422/ren.v22i2.410>
- Herdman H, Kamitsuru S, Takáo-Lopes C. NANDA-I International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification. 2021–2023. [Internet]. 12a ed. Nueva York: Editorial Artmed; 2021. DOI: <https://doi.org/10.1055/b0000000515>
- Herdman H, Kamitsuru S, Takáo-Lopes C. NANDA-I International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification. 2024–2026. [Internet]. 13a ed. Nueva York: Editorial Thieme; 2024. Disponible en: <http://www.diagnosticonanda.com>
- Laures EL, Bruene D, Fayram LR, Houston A, Kephart K, Merrifield E, et al. Pediatric pain assessment in the intensive care unit: An evidence-based algorithm. Pain Manag Nurs. 2021;22(3):260–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2020.10.005>
- Tavares S, Barbosa L, Contini I. Evaluación del dolor en pacientes pediátricos y neonatales en la unidad de cuidados intensivos y alternativas de alivio del dolor utilizadas por las enfermeras: revisión integradora. Medicina de Cuidados Críticos Pediátricos. 2021;22(sup): 67-69. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.pcc.0000738616.73603.0d>
- Wagner CM, Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (8ª ed.). Elsevier; 2024.

Algoritmo para la valoración del dolor en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)




| | | |
|---|--|------------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 10 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor Anexos | |


MÉTODOS AUTOEVALUATIVOS - ESCALAS PARA EVALUACIÓN DEL DOLOR: AUTOINFORME

ESCALA DE CARAS DE WONG-BAKER


Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale




0
No
duele




2
Duele
un poco




4
Duele un
poco más



6
Duele
mucho




8
Duele
mucho más



10
Duele el
máximo

©1983 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFACES.org
Used with permission.


Interpretación: 0: No dolor, 2: Dolor leve, 4-6: Dolor moderado, 8-10: Dolor intenso

| | | |
|---|---|--------------------------|
|  <p>HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO "PAQUITO GONZÁLEZ CUETO"</p> | <p>HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS</p> | <p>Hoja 11 de 14</p> |
| | <p>Guía para la valoración del dolor Anexos</p> | |


MÉTODOS AUTOEVALUATIVOS - ESCALAS PARA EVALUACIÓN DEL DOLOR: AUTOINFORME


ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Interpretación: 0: No dolor, 1-3: Dolor leve, 4-6: Dolor moderado, 7-10: Dolor intenso




| | | |
|---|--|------------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 12 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor Anexos | |

MÉTODOS CONDUCTUALES - ESCALAS PARA EVALUACIÓN DEL DOLOR: OBSERVACIONALES

| ESCALA FLACC | | |
|--|---|----------|
| Cara | Ausencia de expresión particular o sonrisa | 0 |
| | Mueca o fruncimiento del entrecejo esporádicos; niño retraído e indiferente | 1 |
| | Temblor del mentón frecuente o constante, mandíbula retraída | 2 |
| Piernas | Posición normal o relajada | 0 |
| | Incómodo, inquieto, tenso | 1 |
| | Pataleo o elevación de las piernas | 2 |
| Actividad | Tranquilo y en posición normal, se mueve con tranquilidad | 0 |
| | Se retuerce, se balancea hacia atrás y hacia adelante, tenso | 1 |
| | Cuerpo arqueado, rigidez o movimientos esporádicos | 2 |
| Llanto | Ausencia de llanto (despierto o dormido) | 0 |
| | Gemidos o lloriqueos con alguna mueca esporádica | 1 |
| | Llanto constante, gritos o sollozos, quejas frecuentes | 2 |
| Consuelo | Tranquilo, relajado | 0 |
| | Se tranquiliza cuando se le toca, abraza o habla | 1 |
| | Difícil de tranquilizar o consolar | 2 |
| Interpretación: 0: No dolor, 1-3: Dolor leve, 4-6: Dolor moderado, 7-10: Dolor intenso | | |




| | | |
|---|--|------------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 13 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor Anexos | |

MÉTODOS CONDUCTUALES - ESCALAS PARA EVALUACIÓN DEL DOLOR: OBSERVACIONALES

| ESCALA DE CONDUCTAS INDICADORAS DE DOLOR (ESCID) | | | |
|--|---|---|--|
| | 0 | 1 | 2 |
| Musculatura facial | Relajada | En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor | Ceño fruncido de forma habitual/dientes apretados |
| Tranquilidad | Tranquilo, relajado, movimientos normales | Movimientos ocasionales de inquietud y/o cambio de posición | Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades |
| Tono muscular | Normal | Aumentado, flexión de dedos de manos y/o pies | Rígido |
| Adaptación a ventilación mecánica (VM) | Tolera ventilación mecánica | Tose, pero tolera VM | Lucha con el respirador |
| Confortabilidad | Confortable, cómodo tranquilo | Se tranquiliza al tacto y/o a la voz; fácil de distraer | Difícil de confortar al tacto o hablándole |

Interpretación: 0: no dolor, 1-3: dolor leve-moderado, 4-6: dolor moderado-grave, > 6: dolor muy intenso



| | | |
|---|--|------------------|
|  | HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO PAQUITO GONZÁLEZ CUETO CIENFUEGOS | Hoja 14 de 14 |
| | Guía para la valoración del dolor Anexos | |

MÉTODOS FISIOLÓGICOS-CONDUCTUALES DE VALORACIÓN DEL DOLOR

| Parámetro | Variación | Puntos |
|--|---------------------------------|--------|
| Frecuencia Cardíaca | Aumenta > 20% | 0 |
| | Aumenta > 30% | 1 |
| | Aumenta < 40% | 2 |
| Presión arterial | Aumenta > 10% | 0 |
| | Aumenta > 20% | 1 |
| | Aumenta < 40% | 2 |
| Llanto | Sin llanto | 0 |
| | Llora pero responde a los mimos | 1 |
| | Llora y no responde a los mimos | 2 |
| Movimientos | Sin movimientos no habituales | 0 |
| | Está inquieto | 1 |
| | Está muy exaltado | 2 |
| Agitación | Permanece dormido | 0 |
| | Agitación leve | 1 |
| | Está histérico | 2 |
| Postura (para 2 - 3 años)* | Impasible | 0 |
| | Flexiona piernas y muslos | 1 |
| | Se agarra al sitio del dolor | 2 |
| Verbaliza el dolor (< 2 años)* | Permanece dormido | 0 |
| | No puede localizarlo | 1 |
| | Puede localizarlo | 2 |

Interpretación: 0: sin dolor; 1-2: dolor leve; 3-5: dolor moderado; 6-8: dolor intenso; 9-10: insoportable

*Se utiliza la de la postura o la verbalización del dolor según edad del paciente, solo una



Anexo 11. Entrenamiento



FACULTAD
CIENCIAS MEDICAS
"Dr. Raúl Porcasiu Torrado"



DEPARTAMENTO POSTGRADO E INVESTIGACIONES

AVAL

La comisión de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas analizó la propuesta de Entrenamiento Valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos

El diseño del expediente cumple con los requisitos formales establecidos.

1. El Curso está dirigido a: Enfermeros y enfermeras que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.
2. Tiene como objetivo: Consolidar habilidades y conocimientos prácticos para la valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos al personal de enfermería
3. El profesor cuenta con categoría docente principal de Auxiliar y suficiente conocimiento, elevado nivel científico pedagógico y experiencia sobre el tema a tratar.
4. La bibliografía se encuentra disponible y actualizada.
5. El sistema de evaluación expresa las evaluaciones formativas y finales.
6. El mismo tendrá una duración de 144 horas.


DraC. Ana Belkys Hernández Millán
Vicepresidente Consejo Científico
Jefa de Dpto de Postgrado e Investigaciones

DEPARTAMENTO DE POSGRADO E INVESTIGACIONES FCMC

Fecha: 25/10/2023



FACULTAD
CIENCIAS MÉDICAS
Dr. Raúl Dosticos Loraudo

DEPARTAMENTO POSTGRADO E INVESTIGACIONES

DICTAMEN No 59.23

El que suscribe Dra. Alexis Díaz Brito Decana de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos analizando la solicitud de MSc. Jayce Díaz Díaz perteneciente a Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos sobre otorgamiento de Créditos Académicos para el : Entrenamiento Valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos.

Fundamentación:

1. Posee Aval del Consejo Científico.
2. Tiene como objetivo: Consolidar habilidades y conocimientos prácticos para la valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos al personal de enfermería
3. Dirigido a: Enfermeros y enfermeras que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.
4. El profesor principal cuenta con categoría docente principal de Auxiliar y conocimiento, sobre el tema a tratar.
5. La bibliografía es actualizada y está descrita en el programa.
6. Tendrá una duración de 144 horas totales, de ellas 36 son lectivas.

Por lo que he decidido que se otorguen 4 Créditos Académicos a los cursistas

Observación:

El programa se replicará cuantas ediciones se consideren durante los dos años de vigencia de este dictamen.

Firma



Fecha 6.12.23

Área que oferta: Departamento de Enfermería.

Forma organizativa: Entrenamiento.

Título: Valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos.

Prioridad a la que tributa: Programa Materno Infantil.

Si responde a algún proyecto institucional o nacional. X ¿Cuál?: Sistema integrado de evaluación e intervención en la atención del dolor en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Coordinador: Jayce Díaz Díaz. Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Diplomada en Cuidados Intensivos Pediátricos. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Teléfono: 56284401

Email: jaycediazdiaz@gmail.com – jaycedd@infomed.sld.cu

Número de horas: 144 **Horas presenciales:** 36

Horas No presenciales: 108

Cantidad de créditos: 4

Modalidad: Semipresencial

Dirigido a: Enfermeros y enfermeras que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Sede: Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto. Cienfuegos.

Justificación: El dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos, constituye un problema de salud pública que ocasiona un grave deterioro de la calidad de vida de los pacientes que lo sufren y de las personas que les rodean. Está a menudo infradiagnosticado e infratratado, hecho que tiene como consecuencia un gran coste para el sistema sanitario.

Requisitos de admisión:

- 1- Solicitud de Ingreso.
- 2- Título de graduado de profesional de la salud.
- 3- Carta del centro laboral con autorización del Jefe inmediato para asistir a los encuentros y cumplir con las exigencias del curso.

Objetivo general: Consolidar habilidades y conocimientos prácticos para la valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos al personal de Enfermería.

Objetivos:

Adquirir habilidades en la utilización de las escalas para la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Desarrollar hábitos de trabajo en relación a la valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos.

Estructura del plan temático

| No. | Contenido | No. de encuentros | Horas presenciales | Horas no presenciales | Total |
|-----|--|-------------------|--------------------|-----------------------|------------|
| I | Escalas de medición del dolor: Escala de caras de Wong-Baker. Escala Visual Analógica. Escala FLACC. Escala de Conductas Indicadoras de Dolor. | 5 | 20 | 60 | 80 |
| II | Valoración integral del dolor en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Integración de las escalas. Aplicación del algoritmo. Registro en la historia clínica. | 4 | 16 | 48 | 64 |
| | Total | 9 | 36 | 108 | 144 |

Contenidos:

I. Escalas de medición del dolor.

II. Valoración integral del dolor en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Escenario: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Medios de enseñanza: Guía para la valoración del dolor.

Estrategia docente

El tiempo que transcurre el entrenamiento es de 144 horas totales de ellas 36 h de práctica desde el puesto de trabajo. Se ejecutarán nueve sesiones de entrenamiento distribuidas en 4 horas de actividades prácticas cada una, para un total de 36 horas.

En cada sesión de entrenamiento se realizará un intercambio actualizado basado en las mejores evidencias de la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos pediátricos.

Se realizarán en cada culminación de los temas pase de visita docente para la presentación de casos en los que se aplicó la guía y el algoritmo para la valoración del dolor.

Otra actividad a realizar es la búsqueda de investigaciones científicas relacionadas con la valoración del dolor en unidades de cuidados intensivos pediátricos, las escalas más utilizadas y validadas según edad y estado de salud del paciente, para su posterior análisis y discusión conjunta para la construcción colectiva del conocimiento.

Sistema de evaluación:

Consistirá en la observación del trabajo de los estudiantes en las actividades prácticas.

Como evaluación final será la presentación de un caso donde se evidencie la utilización de las escalas y la valoración integral del dolor.

Bibliografía básica

- Yera Nadal JL. Temas de Medicina del Dolor. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2017
- Vidal Fuentes J, et al. Manual de Medicina del Dolor. Fundamentos, Evaluación y Tratamiento. Panamericana. 2019
- Ortiz L, De Noriega I. Diagnóstico y manejo del dolor pediátrico. Anales de Ped. 2019; 91(2); 71-72
- Leyva Carmona M, Torres Luna R, Ortiz San Román L, Marsinyach Ros I, Navarro Marchena L, Mangudo Paredes AB, et al. Documento de posicionamiento del Grupo Español para el Estudio del Dolor Pediátrico (GEEDP) de la Asociación Española de Pediatría sobre el registro del dolor como quinta constante. An Pediatr (Barc). 2019;91(1):58.e1-58.e7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.05.001>
- Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976–82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Silva Monteiro BB, Ferreira Leite D, Cabral Matias L, Santos Ávila PE, de Oliveira Rocha L, Barbosa Rocha RS. Análise da correlação entre diferentes escalas de

avaliação de nível da dor em uma Unidade De Terapia Intensiva Pediátrica. Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida. 2020;12(2):1-8. DOI: <https://doi.org/10.36692/cpaqv-v12n2-21>

- Laures EL, Bruene D, Fayram LR, Houston A, Kephart K, Merrifield E, et al. Pediatric pain assessment in the intensive care unit: An evidence-based algorithm. Pain Manag Nurs. 2021; 22(3):260–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2020.10.005>
- Tavares S, Barbosa L, Contini I. Evaluación del dolor en pacientes pediátricos y neonatales en la unidad de cuidados intensivos y alternativas de alivio del dolor utilizadas por las enfermeras: revisión integradora. Medicina de Cuidados Críticos Pediátricos. 2021;22(sup):67-69. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.pcc.0000738616.73603.0d>
- Herdman H, Kamitsuru S, Takáo-Lopes C. Diagnósticos de enfermería NANDA International. Definiciones y clasificación. 2021–2023. 12a ed. Nueva York: Editorial Artmed; 2021. DOI: <https://doi.org/10.1055/b0000000515>
- International Association for the Study of Pain [Internet]. Washington D.C; 2022 [consultado 20 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/>