

**Meritxell Garcia Balcells
Mireia Segurado Mallafré**

**MANEJO DEL DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Carme Ortega Segura

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2020

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas aquellas personas que nos han ayudado y que han colaborado en la realización de nuestro Trabajo de Final de Grado. Con vuestra participación y dedicación hemos logrado finalizar nuestro proyecto.

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra tutora del Trabajo de Final de Grado, la Sra. Carmen Ortega Segura su implicación, su esfuerzo, sus consejos y críticas constructivas, su paciencia y dedicación, y su valiosa ayuda y confianza en nosotras. Sentimos gratitud por esas palabras de ánimo en aquellos momentos en que no se ve la luz y por encaminarnos en todo momento. Gracias a ella hemos podido expresar al máximo nuestros conocimientos y sacar lo mejor de nosotras.

A las enfermeras que han colaborado en la realización de las entrevistas, por su amable y generosa participación.

También nos gustaría agradecer la confianza depositada en nosotras a todas aquellas personas que creyeron en esta idea, en este proyecto. A todos aquellos compañeros, y a aquellos amigos y familiares que de una manera u otra han sabido estar a nuestro lado ayudándonos y apoyándonos en los momentos de debilidad.

Y por último a la Universidad Rovira y Virgili del Campus Catalunya de Tarragona, por enseñarnos esta bonita profesión.

Gracias a todos y cada uno de vosotros, sin vuestro esfuerzo, esto no hubiera sido posible.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3. MARCO TEÓRICO	11
3.1. TEORÍAS ENFERMERAS.....	11
3.1.1. TEORÍA DEL CONFORT DE KATHARINE KOLCABA	11
3.1.2. MODELO DE PATRICIA BENNER.....	12
3.2. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR NEONATAL	15
3.3. VALORACIÓN DEL DOLOR NEONATAL	16
3.4. FISIOLOGÍA DEL DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO	23
3.5. CONSECUENCIAS DEL DOLOR NEONATAL.....	25
3.6. TRATAMIENTO DEL DOLOR NEONATAL	25
3.6.1. MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS.....	25
3.6.2. MEDIDAS FARMACOLÓGICAS	28
4. METODOLOGÍA	34
4.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	34
4.2. TIPO DE ESTUDIO	34
4.3. HERRAMIENTA DE ESTUDIO.....	35
4.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
4.5. ÁMBITO DE ESTUDIO	36
4.6. ANÁLISIS DE DATOS	37
4.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	39
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
5.1. IDENTIFICACIÓN DEL DOLOR NEONATAL	40

5.2.	MANEJO DEL DOLOR NEONATAL.....	44
5.3.	ACTITUD DE LAS ENFERMERAS ANTE EL DOLOR NEONATAL	51
5.4.	LA FAMILIA.....	55
6.	CONCLUSIONES	62
7.	BIBLIOGRAFÍA	64
8.	ANEXOS	74
8.1.	ANEXO 1: CRONOGRAMA	74
8.2.	ANEXO 2: HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO 76	
8.3.	ANEXO 3: GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA... 78	
8.4.	ANEXO 4: TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA A LA E1.....	80
8.5.	ANEXO 4: TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA A LA E2.....	88
8.6.	ANEXO 4: TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA A LA E3.....	94
8.7.	ANEXO 4: TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA A LA E4.....	101

RESUMEN

Introducción: Los recién nacidos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) están sometidos a numerosos procedimientos dolorosos que no son capaces de verbalizar. Es por ello que los profesionales sanitarios son los encargados de identificarlo y tratarlo de la mejor forma ya que este puede tener un gran impacto en muchos ámbitos de la vida del neonato. No obstante, no se maneja adecuadamente y se deja de lado la carga emocional del personal de enfermería.

Objetivo: Conocer las actitudes de las enfermeras en una UCIN frente al manejo del dolor del recién nacido.

Metodología: Se ha elaborado un estudio cualitativo fenomenológico mediante entrevistas semiestructuradas. Estas se han realizado a cuatro enfermeras de dos hospitales de Catalunya, que fueron seleccionadas a partir de un muestreo no probabilístico por bola de nieve, y se han transcrito para posteriormente ser analizadas y categorizadas con el objetivo de compararlas con la bibliografía.

Resultados y discusión: Las enfermeras que ejercen su labor profesional en una UCIN, pese a conocer la existencia de escalas clínicas de identificación y valoración del dolor en el recién nacido discrepan en la aplicación y el uso de las mismas. No obstante, coinciden en que la forma óptima de tratarlo es mediante el empleo de medidas no farmacológicas. Del mismo modo, la opinión es unánime en cuanto a la importancia del vínculo terapéutico que se establece cuando los padres son partícipes de los cuidados de su bebé ingresado. Por último, los sentimientos de las enfermeras ante esta situación están relacionados con la impotencia, la rabia, el dolor y la angustia.

Conclusiones: El manejo del dolor neonatal por parte del personal de enfermería, debido a las lagunas existentes, se encuentra en vías de mejora. Es por ello que sería necesario llegar a un consenso para unificar criterios y establecer unas directrices claras para tratarlo de la mejor forma.

Palabras clave: dolor neonatal, identificación, tratamiento, sentimientos, enfermeras, padres.

ABSTRACT

Introduction: Newborns admitted to a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) are subjected to numerous painful procedures that they are unable to verbalize. This is why health professionals are responsible for identifying and treating them in the best possible way as their treatment can have a great impact in many areas of the newborn's life. However, it is not handled properly and the emotional burden on nursing staff is neglected.

Objective: To find out the attitudes of the nurses in a NICU with regards to the management of the newborn's pain.

Methodology: A qualitative phenomenological study was prepared using semi-structured interviews. These interviews were performed on four nurses from two hospitals in Catalonia, who were selected from a non-probabilistic snowball sample, and were transcribed for later analysis and categorization in order to compare them with the bibliography.

Results and discussion: Despite knowing the existence of clinical scales for the identification and assessment of pain in the newborn, nurses who carry out their professional work in a NICU differ in their application and use. However, they agree that the best way to treat it is through the use of non-pharmacological measures. Similarly, the opinion is unanimous as to the importance of the therapeutic bond that is established when parents are involved in the care of their baby while in hospital. Finally, nurses' feelings on the situation are related to helplessness, anger, pain, and anxiety.

Conclusions: Considering the existing gaps, management of neonatal pain by nursing staff is improving. This is why it is necessary to reach a consensus to unify criteria and establish clear guidelines to deal with it in the best way possible.

Keywords: neonatal pain, identification, treatment, feelings, nurses, parents.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la forma más aceptada internacionalmente para hablar del dolor es usando la definición que en su día elaboró la IASP (International Association for the Study of Pain) y que lo conceptualiza como una *“experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial, interpretándolo siempre como algo de carácter subjetivo”*. Ahora bien, esta última característica supone una barrera en algunos casos, como en el manejo adecuado del dolor en el neonato. Es por ello que es necesario saber identificarlo, manejarlo y tratarlo de la mejor manera, ya que este tiene un gran impacto en numerosos ámbitos de la vida. (1)

Hace algunos años, se creía que los neonatos percibían el dolor con menor intensidad debido a la inmadurez biológica de su sistema nervioso central, y que no eran capaces de recordar las experiencias dolorosas. Es por ello que, durante mucho tiempo, el dolor en el recién nacido se ha infravalorado, siendo escasamente valorado y tratado de forma insuficiente. (2)

No obstante, hoy en día existen datos suficientes para afirmar que el neonato es capaz de percibir dolor puesto que posee un umbral menor del mismo, es decir, las respuestas reflejas mediadas por la médula espinal son mayores, incluso con estímulos dolorosos de menor intensidad. Del mismo modo, se ha demostrado que son capaces de mostrar una respuesta fisiológica, biológica, química, humoral y comportamental al dolor. (2) (3)

El dolor en edades tempranas puede influir en la capacidad cognitiva y el desarrollo motor posteriores del recién nacido. También, las técnicas dolorosas a las que son sometidos los neonatos afectan negativamente a la conciliación del sueño, disminuyendo los períodos del mismo y aumentando los estados de vigilia y estrés. (4)

Como se ha mencionado, los recién nacidos ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), están sometidos a numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la mayoría de los cuales son dolorosos. Debido a la falta de verbalización de los neonatos, hace que sean los profesionales sanitarios los encargados de su identificación y tratamiento. (5)

Por lo tanto, un adecuado manejo del dolor en las UCIN se sustenta en la reducción de procesos dolorosos, en realizar un buen uso de fármacos

analgésicos, en la adecuada valoración del dolor con escalas clínicas y en potenciar el uso de medidas no farmacológicas, que son técnicas de prevención y alivio del dolor que se emplean durante procedimientos dolorosos menores como la punción de talón, la canalización de vías periféricas o las inyecciones subcutáneas. (6) (7)

La mejora del bienestar del neonato y, por lo tanto, la disminución del dolor y el sufrimiento, debe ser uno de los objetivos principales del personal sanitario. No obstante, se ha demostrado que en muchas unidades no se maneja de la mejor manera, condicionando esto a la lenta incorporación de técnicas de prevención y manejo del dolor o de la ausencia y falta de entrenamiento del personal para su identificación y posterior tratamiento. (4) (5)

La estancia en una UCIN es estresante tanto para los padres como para los bebés. Por un lado, los bebés tienen que enfrentarse a condiciones que amenazan su vida, a tratamientos dolorosos, a la separación de los padres, a ambientes con multitud de estímulos y, además, a su limitada capacidad para expresar su estrés. Y, por otro, los padres tienen que lidiar con la separación de su bebé, con los temores relacionados con la supervivencia del mismo y hacer frente a poderosos sentimientos de ansiedad. Es por este motivo que es fundamental que el equipo de enfermería establezca un buen vínculo con ellos, atendiendo en todo momento a sus necesidades. (8)

Del mismo modo, hay que tener en cuenta que las enfermeras que ejercen su labor en una UCIN realizan procedimientos de alto riesgo y contemplan la baja tolerancia de esos bebés a errores de medicación. Asimismo, brindan un cuidado al neonato teniendo en cuenta su desarrollo físico, psíquico y social y, al estar en constante interacción con los familiares del bebé, también se ocupan de estar capacitadas para ofrecerles soporte en ese momento de vulnerabilidad.

Pese a que se ha estudiado mucho cómo viven las familias el ingreso de su bebé en una UCIN, las respuestas emocionales del personal de enfermería aún no han sido bien delineadas. (9) (10)

El caso de Jeffrey Lawson, sucedido hace más de tres décadas en Estados Unidos, nos llevó a pensar de forma distinta. Es por ello que decidimos investigar sobre este tema con el objetivo de conocer el verdadero impacto del dolor en el recién nacido y el tratamiento que se debe llevar a cabo ante procedimientos

dolorosos con el fin de sensibilizar a todos los profesionales sanitarios de la importancia que tiene un adecuado manejo del dolor neonatal. (11)

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer las actitudes del personal de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) frente al manejo del dolor en el recién nacido.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar cómo el personal de enfermería identifica, valora y trata el dolor en el neonato.
- Identificar qué sentimientos experimenta el personal de enfermería cuando un recién nacido presenta dolor.
- Averiguar el comportamiento de los padres cuando su bebé se encuentra ingresado en una UCIN y la relación de las enfermeras con los mismos.

1. MARCO TEÓRICO

3.1. TEORÍAS ENFERMERAS

3.1.1. TEORÍA DEL CONFORT DE KATHARINE KOLCABA

Katharine Kolcaba nació el año 1944 en Cleveland, Ohio. En 1965 se diplomó como enfermera y, desde entonces, ejerció su carrera profesional en quirófano, en unidades médico-quirúrgicas, en servicios de larga estancia y, también, en atención domiciliaria. Más tarde, en el año 1987 obtuvo la especialidad de gerontología y, a raíz de eso, empezó a trabajar como enfermera jefe en una unidad de demencia. Fue entonces cuando, en el contexto de esa unidad, comenzó a teorizar sobre el confort. Divulgó numerosas publicaciones sobre el tema, las cuales finalmente fueron recopiladas en su libro "Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research" (2003). (12)

Para empezar a elaborar la Teoría del Confort (TC), Kolcaba aprendió que la necesidad de confort es básica y que las personas la experimentan de manera holística. También entendió que las medidas de confort pueden ser sanas o dañinas y que, un mayor confort (cuando se consigue de forma saludable) repercute en un mayor rendimiento personal. (13)

Kolcaba sintetizó el concepto de confort utilizando las obras de tres de las primeras teorías enfermeras. El alivio, se obtuvo, a partir de la teoría de Orlando (1961), que postulaba que las enfermeras satisfacen las necesidades de los pacientes; para la tranquilidad, se utilizó el trabajo de Henderson (1966), que describía las 14 funciones básicas que los seres humanos debían mantener para lograr la homeostasis y, por último, la trascendencia, se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad (1975), donde se planteaba que los pacientes superan sus dificultades con la ayuda de las enfermeras. (12) (13)

A partir de esa revisión bibliográfica, Kolcaba llegó a la conclusión de que los cuatro contextos en los que los pacientes experimentan el confort son el físico, el psicoespiritual, el sociocultural y el ambiental. Cuando estos cuatro contextos se juntan con los tres conceptos de confort se crea una estructura taxonómica (ET) y, por lo tanto, quedan interrelacionados entre ellos. De este modo, se pueden determinar las necesidades de confort no satisfechas en los pacientes o

en alguno de sus familiares. También se pueden diseñar intervenciones para lograr el confort del paciente y que solamente requieran una interacción con el mismo. Y, por último, sirve para documentar, tanto en la práctica clínica como en la investigación, la consecución de un confort holístico. (12) (13)

A raíz de esto, la definición de confort que elaboró Kolcaba fue: Sensación inmediata de fortalecimiento que experimentan los pacientes que han requerido intervenciones para lograr el alivio, la tranquilidad y la trascendencia teniendo en cuenta su contexto físico, psicoespiritual, ambiental y sociocultural. (12) (13)

La Teoría del Confort (TC) de Katharine Kolcaba nos brinda tres afirmaciones, que se comprueban por separado o como un todo. (12) (13)

La primera afirma que, si las intervenciones de confort son eficaces, aumentan el confort tanto de los receptores como de sus familias y que, a su vez, el personal de enfermería también puede ser receptor de confort si forman parte de un correcto entorno laboral. (12) (13)

La segunda dice que el aumento del confort de los pacientes resulta beneficioso para las conductas de búsqueda de la salud. Es decir, se consigue que el paciente se responsabilice, cada vez más, de su recuperación. (12) (13)

Y, por último, la tercera expone que una mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en una asistencia de mayor calidad, que beneficia a la institución y a su capacidad para reunir pruebas para las mejoras prácticas y políticas. (12) (13)

3.1.2. MODELO DE PATRICIA BENNER

Una enfermera que trabaje en una unidad de críticos tiene que ser capaz de liderar, proponer soluciones de manera inmediata y tener una visión global, de esta manera el paciente recibirá una atención integral y todas sus necesidades podrán ser atendidas. (14)

La esencia de la enfermería es, a través de un enfoque integral y dinámico, velar por la salud y el bienestar del paciente, sin olvidar que forma parte de un grupo social, la familia. No obstante, el profesional de enfermería tiene que poseer cierta habilidad, que no desarrolla hasta que es competente en términos de Benner, para incorporarla en los cuidados de un paciente crítico. (14)

Patricia Benner fue una enfermera norteamericana que estudió la práctica de la enfermería clínica, con el fin de describir el conocimiento que sustentaba dicha práctica. De aquí, elaboró distinciones teóricas de diferentes términos. Diferenció entre el “saber práctico” y el “saber teórico”, afirmando que este último es útil para que la persona asimile un conocimiento y relacione las causas entre diferentes acontecimientos. En cambio, concluyó que el “saber práctico” proporciona nuevos conocimientos a partir de la práctica clínica. (14)

Del mismo modo, a partir de la adaptación de "El modelo de adquisición y desarrollo de habilidades y competencias" de los hermanos Dreyfus, Benner creó su propio modelo de adquisición y desarrollo de habilidades en enfermería. En él, plasmaba la existencia de cinco grados de competencia en la práctica enfermera: (15) (16)

1. Principiante: este nivel hace referencia a las enfermeras inexpertas que deben enfrentarse a una situación nueva. En este se situarían las estudiantes de enfermería o enfermeras que son nuevas en una unidad, o que son expertas en un determinado servicio pero que se ven inmersas en un contexto desconocido para ellas. (15) (16)
2. Principiante avanzada: en este estadio se sitúan las enfermeras recién graduadas que se sienten responsables del cuidado de sus pacientes, pero que necesitan el soporte de las enfermeras expertas puesto que todavía no poseen una visión amplia de la situación y, por lo tanto, no pueden dominarla. (15) (16)
3. Competente: representado por la enfermera que lleva ejerciendo su labor asistencial durante un mínimo de dos o tres años, se desarrolla cuando la misma comienza a ver sus acciones en términos de objetivos o planes a largo plazo. En ese momento es consciente de estos y puede reconocer qué atributos y aspectos de la situación actual y futura deben considerarse más importantes y cuáles pueden ignorarse. (15) (16)
4. Eficiente: en este nivel, encontramos al personal de enfermería que tiene una visión global, teniendo en consideración tanto a la familia como al paciente. Del mismo modo, las enfermeras eficientes poseen un dominio intuitivo de la situación a partir de una información, y se sienten más seguras de sus habilidades y conocimientos. (15) (16)

5. Experta: en este, la enfermera posee un gran dominio clínico y, por lo tanto, es capaz de identificar el origen del problema sin perder el tiempo en diagnósticos alternativos. Además, tienen una visión general y considera que es de gran importancia conocer las necesidades y preocupaciones de los pacientes ya que, de esta modo, se podrá elaborar un plan de cuidados. Otro aspecto es que, el hecho de poseer una visión general de la situación, le permite prever lo inesperado y poder actuar lo antes posible. (15) (16)

En el año 1984 Benner formó parte del proyecto AMICAE (Achieving Methods of Intraprofessional Consensus, Assessment, and Evaluation), cuyo objetivo era descubrir si había diferencias entre las descripciones de enfermera principiante y experta sobre una misma situación clínica real. Para conseguir este objetivo, realizó un cuestionario y entrevistó a más de 1.200 enfermeras. Después de haber analizado las informaciones proporcionadas por las enfermeras, pudo extraer 31 competencias que se derivaron en los siguientes siete dominios: (15) (16)

1. El rol de ayuda.
2. La función de enseñanza-formación.
3. La función de diagnóstico y seguimiento del paciente.
4. La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez.
5. La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos.
6. El seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud.
7. Las competencias organizadoras del rol de trabajo.

Benner destacó estos dominios y competencias para potenciar los conocimientos adquiridos a partir de la práctica, e indica que cada una de esas características se deben adaptar a la institución y a la unidad. (15) (16)

Posteriormente, Benner junto con otras autoras realizaron diferentes investigaciones relacionadas con el cuidado a pacientes graves, con el objetivo de saber cómo eran los conocimientos y habilidades de una enfermera experta. (14)

3.2. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR NEONATAL

Según la duración:

- Dolor crónico: continuo o recurrente, ilimitado en el tiempo y acompañado de componentes psicológicos, con una duración mayor de 12 semanas. Persiste más allá del tiempo de curación.
- Dolor agudo: de comienzo súbito e intenso, puesto que generalmente aparece como consecuencia de lesiones tisulares que estimulan a los nociceptores, que son receptores sensoriales que responden a estímulos nocivos. Su duración es limitada en el tiempo (menor a tres meses) ya que cuando se cura dicha lesión desaparece. Y, a diferencia del dolor crónico, posee un escaso componente psicológico. Es el más frecuente en el niño. (17) (18)

Según su patogenia:

- Dolor neuropático: producido por un estímulo directo al SNC (Sistema Nervioso Central) o por una lesión de las vías nerviosas periféricas. Su sintomatología se describe como punzante y/o quemante y va acompañada de parestesias (sensaciones anormales que se dan sin estímulo previo, descritas como hormigueos o entumecimiento) y disestesias (parestesias dolorosas con o sin estímulo previo), hiperalgesia (aumento de la sensibilidad al dolor y reacción extrema al dolor), hiperestesia (percepciones aumentadas de los estímulos táctiles) y alodinia (aparición de dolor frente a estímulos que habitualmente no son dolorosos). (17) (18)
- Dolor nociceptivo: se divide en somático y visceral. Es el más frecuente.
 - Somático: es producido por una excitación anormal de los nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, huesos y partes blandas). Es localizado, aunque se irradia siguiendo las vías nerviosas, y punzante. (17) (18)
 - Visceral: es producido por la activación anormal de los nociceptores viscerales. Este tipo de dolor no se localiza con exactitud, es continuo y profundo. Se puede irradiar a zonas

alejadas del lugar donde se originó. Asimismo, es muy frecuente que se acompañe de síntomas neurovegetativos. (17) (18)

- Dolor psicógeno: no es consecuencia de una estimulación anormal de los receptores sensoriales que responden a estímulos nocivos ni de una alteración neuronal, sino que es de causa psíquica. Es decir, puede darse por una intensificación psicógena de un dolor orgánico que ha estado o está presente en el individuo. En este interviene el ambiente psicosocial que rodea a la persona. (17) (18)

Según el curso:

- Continuo: persiste durante todo el día y no desaparece.
- Irruptivo: exacerbación temporal del dolor en pacientes que ya tienen un dolor de base bien controlado. (17) (18)

Según la intensidad:

- Leve: permite a la persona realizar sus actividades diarias habituales.
- Moderado: interfiere con las actividades habituales de la persona que lo padece.
- Severo: altera el descanso del individuo. (17) (18)

3.3. VALORACIÓN DEL DOLOR NEONATAL

Es importante tener en cuenta la valoración y el registro del dolor en el recién nacido. De este modo, se puede confirmar la presencia y la gravedad del mismo, decidir el tratamiento analgésico adecuado y evaluar su eficacia y, si es necesario, poder ajustarlo de forma óptima. Por lo tanto, la valoración del dolor en el neonato se tiene que considerar como “el quinto signo vital”. (19)

Existen distintos métodos para identificar el dolor en el neonato:

1. Respuestas fisiológicas: alteraciones en la frecuencia cardíaca, cambios en la frecuencia respiratoria, aumento de la presión intracraneal, variaciones de la tensión arterial, disminución de la saturación de oxígeno, náuseas y vómitos, midriasis (dilatación de la pupila del ojo) y reducción del flujo sanguíneo periférico. (20) (21)

2. Respuestas bioquímicas: aumento del catabolismo, exceso en la producción de cortisol y de adrenalina, y reducción de la prolactina y de la insulina. (20) (21)
3. Respuestas conductuales: llanto, insomnio y agitación. (20) (21)

Para una correcta identificación y valoración del dolor es importante utilizar las escalas teniendo en cuenta la edad del paciente. (22)

De esta manera, se podrá proporcionar al neonato la pauta correcta para el manejo óptimo, tanto farmacológico como no farmacológico, de su dolor. Igualmente, obtendrá un estado de confort que ayudará a reducir las respuestas negativas, en forma de estrés, que pueda experimentar durante los procedimientos terapéuticos dolorosos. (23)

En base a los tres tipos de respuestas, mencionadas anteriormente, se han validado un gran número de escalas clínicas para la medición del dolor en el neonato, valorando el llanto, las gesticulaciones, los cambios en la conducta, las alteraciones de los signos vitales, las variaciones metabólicas, entre otros. (23)

Los instrumentos clínicos más empleados para la valoración del dolor en pacientes neonatales son las siguientes:

- Escala PIPP (Premature Infant Pain Profile)

Se aplica a neonatos a término y pretérmino antes y después de procedimientos dolorosos. Concretamente, en recién nacidos de 28 a 40 semanas de gestación. No obstante, no es apta para neonatos sedados. (24)

Es considerada la más útil y completa, puesto que mide estos 7 parámetros; la edad gestacional, el estado conductual, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno, el ceño fruncido, los ojos apretados y el surco nasolabial. (24) (25)

Cada uno de los indicadores se valora de 0 a 3. La puntuación mínima es 0 y la máxima es de 21, cuanto mayor sea la puntuación mayor es el dolor. De este modo, un valor menor o igual a 6 indica la no existencia de dolor o mínimo dolor, de 7 a 12 indica dolor moderado, y valores mayores o equivalentes a 12 indican dolor moderado a grave. (25)

Proceso	Parámetros	0	1	2	3
Gráfica	Edad gestacional	>36 sem	32 a <36 sem	28-32 sem	<28 sem
Observar al niño 15 s	Comportamiento	Activo/Despierto	Quieto/Despierto	Activo/Dormido	Quieto/Dormido
		Ojos abiertos	Ojos abiertos	Ojos cerrados	Ojos cerrados
		Mov. faciales	No mov. faciales	Mov. faciales	No mov. faciales
Observar al niño 30 s	FC max	0-4 lat/min	5-14 lat/min	15-24 lat/min	>25 lat/min
	Sat O ₂ min	0-2,4%	2,5-4,9%	5-7,4%	>7,5%
	Entrecejo fruncido	Ninguna	Mínimo	Moderado	Máximo
		0-9% tiempo	10-39% tiempo	40-69% tiempo	>70% tiempo
	Ojos apretados	Ninguna	Mínimo	Moderado	Máximo
		0-9% tiempo	10-39% tiempo	40-69% tiempo	>70% tiempo
	Surco nasolabial	No	Mínimo	Moderado	Máximo
			0-39% tiempo	40-69% tiempo	>70% tiempo

>36 sem valor máximo 18 (<8 ausencia o mínimo dolor, >8 dolor moderado o intenso).

Tabla 1. Escala PIPP. Fuente: Bonetto G, Salvatico E, Varela N, Cometto C, Gómez P, Calvo B. Prevención del dolor en recién nacidos de término: estudio aleatorizado sobre tres métodos. [Internet]. Argentina; 2008 [consultado el 6 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2008/arch08_5/v106n5a04.pdf

- Escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Es apta para recién nacidos de 28 a 38 semanas de gestación. Valora las reacciones del neonato asociadas a un estímulo doloroso. No obstante, no se ajusta según la edad de gestación del mismo ni tampoco tiene en cuenta la sedación. (26)

Evalúa el dolor en el recién nacido a través de 6 indicadores: cambios en la expresión facial, el llanto, el patrón respiratorio, los movimientos de los brazos, los movimientos de las piernas y el estado de alerta. La puntuación máxima es de 7 (dolor grave) y la mínima es de 0 (no dolor).

No se debe usar de forma aislada, es decir, se debe tener en cuenta el estado global del neonato y su ambiente. (23)

Parámetros	0	1	2	Total
Expresión facial	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción nasolabial o de párpados)		
Llanto	Sin llanto	Presente, consolable	Presente, continuo, no consolable	
Patrón respiratorio	Normal	Incrementado o irregular		
Mov. de brazos	Reposo	Movimientos		
Mov. de piernas	Reposo	Movimientos		
Estado de alerta	Normal	Despierto continuamente		
			TOTAL	

Puntuación máxima= 7 (0, no hay dolor; 7, existe dolor grave).

Tabla 2. Escala NIPS. Fuente: Bonetto G, Salvatico E, Varela N, Cometto C, Gómez P, Calvo B. Prevención del dolor en recién nacidos de término: estudio aleatorizado sobre tres métodos. [Internet]. Argentina; 2008 [consultado el 6 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2008/arch08_5/v106n5a04.pdf

- Escala CRIES Score (Crying Requires Oxygen for Saturation Increase Vital Signs)

Se emplea para valorar el dolor postoperatorio en neonatos de 32 hasta 36 semanas de gestación. (23)

Valora 5 parámetros conductuales y fisiológicos: el llanto, la saturación de oxígeno, las alteraciones de los signos vitales (FC y TA), la expresión facial y los períodos de sueño. La puntuación máxima es de 10 puntos, asignando un valor a cada parámetro entre 0 y 2. Una puntuación mayor de 4 revela un dolor significativo. No obstante, un valor mayor o igual a 5 ya requiere la administración de un tratamiento analgésico. (27) (28)

Parámetro	0	1	2
Llanto	No	Tono agudo, consolable	Tono agudo, inconsolable
FiO ₂ para SaO ₂ > 95%	No	< 0.3	> 0.3
Frecuencia cardíaca	Normal	↓ < 20% basal	↓ > 20% basal
Expresión	Normal	Muecas	Muecas/gemidos
Sueño	Normal	Se despierta a intervalos frecuentes	Se despierta constantemente

Tabla 3. Escala Cries Score. Fuente: Gómez Gómez M, Danglot Banck C. Dolor en el niño recién nacido hospitalizado. [Internet]. Revista Mexicana de Pediatría; 2007 [consultado el 15 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2007/sp075f.pdf>

- NFCS (Neonatal Facing Coding System)

Esta escala clínica está diseñada para neonatos pretérmino y a término, y puede aplicarse desde el primer día de vida del recién nacido hasta los 4 meses, durante procedimientos dolorosos. No obstante, no es útil en neonatos sedados. Requiere de personal muy capacitado y entrenado, puesto que consiste en valorar el dolor en el neonato mediante una buena observación de las acciones faciales del mismo.(29)

Se evalúa a través de 10 movimientos de los músculos faciales: fruncir el ceño, cierre forzado de los ojos, profundización del surco nasolabial, labios abiertos, estiramiento vertical de la boca, estiramiento horizontal de la boca, lengua tensa, temblor de la barbilla, fruncir los labios y protrusión de la lengua. (30)

MOVIMIENTO FACIAL	AUSENTE	PRESENTE
Entrecejo: raíz nasal ensanchada prominente	0	1
Cierre ocular: ojos cerrados apretados	0	1
Profundización del surco nasolabial	0	1
Apertura bucal	0	1
Estiramiento vertical de la boca	0	1
Estiramiento horizontal de la boca	0	1
Tensión de la lengua (ahuecamiento)	0	1
Vibración de la barbilla y la mandíbula inferior	0	1
Fruncimiento de labios como para formar una O	0	1
Protrusión lingual (solo en RNPT)*	0	1

* No es un signo de dolor en el recién nacido de término (RNT).

RNPT: recién nacido pretérmino.

Tabla 4. Escala NFCS. Fuente: Fernández Jonusas S, Funes S, Galetto S, Herrera S, Juárez CE, Lew A, Scaramutti MI, Soraire M. et, al. Manejo del dolor en Neonatología. [Internet]. Sociedad Argentina de Pediatría; 2019 [consultado el 16 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_manejo-del-dolor-en-neonatologia--89.pdf

- Score EDIN (Echelle de Douleur et d'Inconfort duNouveau-né)

Se emplea para medir el dolor prolongado en recién nacidos prematuros, pero no se puede aplicar en neonatos sedados. (30)

Evalúa 5 ítems: la expresión facial, el tono muscular, el sueño, la relación y el contacto con las personas, y la posibilidad de consuelo. No obstante, el año 2001, se añadió la edad gestacional como sexto parámetro. Por lo tanto, también contempla a los neonatos nacidos a término. (30)

Cada uno de ellos se registra del 0 al 3. La puntuación va de 0 a 12 puntos, siendo el 12 el máximo dolor y el 0 ausencia de dolor. Sin embargo, un valor igual o mayor a 6 ya indica la presencia de dolor. (30)

Hay que tener en cuenta que los aspectos valorados pueden estar relacionados con el estrés, el disconfort, la agresividad del ambiente físico, las alteraciones básicas tales como el sueño, la succión, el afecto y el contacto con la madre. Por esta razón, es importante tener cubiertos dichos aspectos con la finalidad de dar mayor credibilidad a la puntuación resultante después de aplicar la escala. (30)

Item	Description	Score
(1) Facial activity	Relaxed facial activity	0
	Transient grimaces with frowning, lip purse, and chin quiver	1
	Frequent grimaces, lasting grimaces	2
	Permanent grimaces resembling crying or blank face	3
(2) Body movements	Relaxed body movements	0
	Transient agitation, often quiet	1
	Frequent agitation but can be calmed down	2
	Permanent agitation with contraction of fingers and toes and hypertonia of limbs or infrequent, slow movements and prostration	3
(3) Quality of sleep	Falls asleep easily	0
	Falls asleep with difficulty	1
	Frequent, spontaneous arousals, independent of nursing, restless sleep	2
	Sleepless	3
(4) Quality of contact with nurses	Smiles, attentive to voice	0
	Transient apprehension during interactions with nurses	1
	Difficulty communicating with nurses. Cries in response to minor stimulation	2
	Refuses to communicate with nurses. No interpersonal rapport. Moans without stimulation	3
(5) Consolability	Quiet, total relaxation	0
	Calms down quickly in response to stroking or voice or with sucking	1
	Calms down with difficulty	2
	Disconsolate. Sucks desperately	3
(6) Postmenstrual age	Gestational age > 37 wks	0
	Gestational age 33–37 wks	1
	Gestational age < 33 wks	2

Tabla 5. Escala EDIN. Fuente: Raffaelli G, Cristofori G, Befani B, De Carli A, Cavallaro G, Fumagalli, M, Mosca, F et al. EDIN scale implemented by gestational age for pain assessment in preterms: a prospective study. *BioMed research international* [Internet]; 2017. [consultado el 3 de octubre del 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/313477685_EDIN_Scale_Implemented_by_Gestational_Age_for_Pain_Assessment_in_Preterms_A_Pro prospective_Study

- Escala de Susan Given Bells

Fue descrita por la enfermera Susan Givens Bell. Permite determinar la presencia y la magnitud del dolor que presentan los recién nacidos hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos con la finalidad de poder emplear las medidas terapéuticas adecuadas para paliar dicha sensación dolorosa. (31)

Se basa en la observación clínica del lenguaje corporal y de la alteración de los signos vitales en recién nacidos prematuros o a término conectados a ventilación mecánica asistida o en el postoperatorio. (31)

Cuenta con 10 variables, 6 de las cuales son conductuales (duerme antes de la valoración, expresión facial, actividad motora espontánea, tono global, consuelo y llanto) y 4 fisiológicas (frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno). Las variables se puntúan de 0 a 2 y la

puntuación total oscila entre el 0 y el 20. Por lo tanto, un valor inferior a 4 significaría que el neonato no tiene dolor, de 5 a 8 se valora como dolor moderado y más de 9 indica dolor intenso. (23) (31)

Signos conductuales	2	1	0
1. Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5-10 minutos	Duerme más de 10 minutos
2. Expresión facial de dolor	Marcado constante	Menos marcado intermitente	Calmado, relajado
3. Actividad motora espontánea	Agitación incesante o ninguna actividad	Agitación moderada o actividad disminuida	Normal
4. Tono global	Hipertonicidad fuerte o hipotonicidad, flácido	Hipertonicidad moderada o hipotonicidad moderada	Normal
5. Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo dentro de 1 minuto
6. Llanto	Llanto vigoroso	Quejido	No llora ni se queja

Signos fisiológicos	2	1	0
1. Frecuencia cardiaca	> 20% aumento	10-20% aumento	Dentro de la normalidad
2. Presión arterial (sistólica)	>10 mm/Hg de aumento	10 mm/Hg de aumento	Dentro de la normalidad
3. Frecuencia respiratoria y cualidades	Apnea o taquipnea	Pausas de apnea	Dentro de la normalidad
4. SaO ₂	10% de aumento de FiO ₂	= al 10% de > aumento de FiO ₂	Ningún aumento en FiO ₂

Tabla 6. Escala Susan Given Bells. Fuente: González V, Liliana A, Gutiérrez R, Marcela M, Pacheco B, Stella M, Soto L, Clemencia N, Sánchez P, et al. Valoración del dolor neonatal: una experiencia clínica. [Internet]. Colombia: Universidad de la Sabana; 2007 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74107204.pdf>

- Escala COMFORT (Escala de Sedación)

Su aplicación es válida en neonatos y niños en edad pediátrica. Valora parámetros tanto físicos como conductuales: el nivel de consciencia, la calma o agitación, la respiración espontánea o asistida, los movimientos físicos, la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, el tono muscular y la expresión facial. (27) Cada uno de los 8 ítems, tiene valores que van desde el 1 al 5. La puntuación máxima es de 40 puntos, que significaría que el neonato o el niño pediátrico padece un dolor extremo, y la mínima que es de 8 indicaría un adecuado manejo del dolor. (27)

En cuanto a la medición de la sedación, un exceso de la misma lo indicaría una puntuación de 8 a 16, una sedación adecuada se situaría entre 17 y 26 y la sedación insuficiente entre 27 y 40. (27)

NIVEL DE CONCIENCIA		RESPUESTA RESPIRATORIA		TENSIÓN ARTERIAL		TONO MUSCULAR	
Profundamente dormido	1	No respiración espontánea ni tos	1	Por debajo de la media	1	Musculatura totalmente relajada	1
Ligeramente dormido	2	Mínimo esfuerzo respiratorio	2	En la media	2	Reducción del tono muscular	2
Somnoliento	3	Tos ocasional o resistencia contra el respirador	3	Infrecuentes elevaciones > 15 % sobre la media	3	Tono muscular normal	3
Despierto	4	Lucha contra el respirador y tos frecuente	4	Frecuentes elevaciones > 15 % sobre la media	4	Aumento del tono muscular (flexión dedos/pies)	4
Hiperalerta	5	Lucha contra el respirador y tos constante	5	Constantes elevaciones > 15 % sobre la media	5	Rigidez muscular	5
CALMA-AGITACIÓN		MOVIMIENTOS FÍSICOS		FRECUENCIA CARDIACA		TENSIÓN FACIAL	
Calma	1	No movimiento	1	Por debajo de la media	1	Músculos faciales totalmente relajados	1
Ligera ansiedad	2	Movimientos ocasionales	2	En la media	2	Tono muscular facial normal	2
Ansiedad	3	Movimientos frecuentes	3	Infrecuentes elevaciones > 15 % sobre la media	3	Tensión en algunos músculos faciales	3
Mucha ansiedad	4	Movimientos vigorosos de extremidades	4	Frecuentes elevaciones > 15 % sobre la media	4	Tensión en todos los músculos faciales	4
Pánico	5	Movimientos vigorosos de cabeza y tronco	5	Constantes elevaciones > 15 % sobre la media	5	Tensión extrema en la musculatura facial	5

Puntuación: **8-10:** Sedación muy profunda, **10-17:** S. profunda, **18-26:** S. Superficial, **27-40:** No sedación.

Tabla 7. Escala COMFORT. Fuente: Mencía S, Morañón G. Grupo de Sedoanalgesia de la SECIP. Monitorización de analgesia, sedación y BMN en UCIP. Protocolo del Grupo de Sedoanalgesia de la SECIP [Internet]; 2019 [consultado el 15 de noviembre del 2019]. Disponible en: <http://secip.com/wp-content/uploads/2018/06/Escalas-de-Sedoanalgesia-Recomendadas.pdf>

3.4. FISIOLÓGÍA DEL DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO

Los receptores de los estímulos dolorosos, o receptores nociceptivos, son terminaciones nerviosas libres que se encuentran distribuidas por todo el cuerpo, localizándose principalmente en las capas superficiales de la piel y en los tejidos internos.(26)

Los estímulos mecánicos, químicos o térmicos dolorosos activan los nociceptores y se transforman en estímulos eléctricos (potencial de acción), los cuales se transmiten a través de las fibras largas mielinizadas tipo A y fibras no mielinizadas tipo C hasta el asta dorsal de la medula espinal, luego ascienden y alcanzan el tálamo y, finalmente, la corteza cerebral. (26)

El sistema nociceptivo se modula por neurotransmisores que atenúan o amplifican la transmisión. No obstante, las experiencias pasadas y la memoria también intervienen en los componentes afectivos y emocionales del estímulo doloroso. (26)

Los neurotransmisores que reducen la percepción del dolor son péptidos opioides endógenos como las beta-endorfinas, las encefalinas y las dinorfinas. Otros como la serotonina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA) también participan en la disminución de la sensación dolorosa. (26)

Todos los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales necesarios para la percepción del dolor se encuentran desarrollados en el neonato antes de las 28 semanas de gestación. Concretamente entre la semana 20 y la 24 de embarazo, se completan las arborizaciones dendríticas, que son prolongaciones de la neurona, y las conexiones sinápticas entre la médula, el tronco encefálico, el tálamo y la corteza. Desde ese momento, el encéfalo será capaz de recibir los impulsos dañinos por cuatro vías, que son la espinotalámica, la espinoreticular, la espinocervicotalámica y las fibras postsinápticas de la columna dorsal. Del mismo modo, el tálamo tendrá la capacidad de medir la intensidad y la duración del estímulo doloroso, de elaborar las respuestas emocionales adversas a este y de activar las vías inhibitorias de su transmisión. Y, la corteza cerebral podrá percibir e integrar el componente nociceptivo. (32)

Los primeros receptores cutáneos para el dolor se detectan en la región perioral en la séptima semana de gestación, de manera casi simultánea al inicio del desarrollo del neocórtex fetal (estructura integradora del dolor), que se produce en la octava semana. (21)

En la semana 30 de embarazo, se inicia la mielinización de las vías del dolor en el tronco cerebral, en el tálamo y en los tractos nerviosos espinales, y se completa a las 37 semanas. (21)

Por lo tanto, las vías anatómicas y biológicas de transmisión del dolor están presentes y son funcionales en el feto y el recién nacido. No obstante, los sistemas fisiológicos de protección ante el dolor son aún inmaduros. Por este motivo, el neonato puede presentar respuestas fisiológicas y hormonales exageradas, en comparación con las que se muestran por los adultos o niños con más edad, frente a un mismo estímulo doloroso. Esto tiene consecuencias a largo plazo, como son la disminución del umbral de percepción, una respuesta

mayor y más prolongada a un estímulo doloroso y un aumento de la sensación del mismo en los tejidos circundantes. (32) (33)

3.5. CONSECUENCIAS DEL DOLOR NEONATAL

El dolor que padecen los recién nacidos hospitalizados es, en gran parte, provocado por los procedimientos terapéuticos realizados por los profesionales sanitarios (punción del talón, punción lumbar, venopunción, aspiración endotraqueal, sondas nasogástricas, entre otros), con consecuencias tanto a corto plazo como a largo plazo. (29)

Por un lado, a corto plazo causa una disminución del volumen respiratorio por minuto y, en consecuencia, de la capacidad vital de los pulmones. Este hecho genera un aumento del dióxido de carbono y de los requerimientos de oxígeno, dando lugar a una acidosis metabólica y a un aumento de las demandas del aparato cardiovascular, con incremento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. Del mismo modo, el aumento del metabolismo conduce a un desequilibrio del sistema endocrino, que se refleja en un incremento de la glicemia, del lactato y de los ácidos grasos. Por todo esto, la respuesta del sistema nervioso simpático causa alteraciones en la tensión arterial, cambios en la perfusión sanguínea periférica, aumento o disminución de la temperatura corporal. Por otro, a largo plazo, genera que durante la infancia o la adolescencia la percepción de los estímulos dolorosos se vea alterada. (24) (29)

3.6. TRATAMIENTO DEL DOLOR NEONATAL

3.6.1. MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

El recién nacido, tanto a término como pretérmino, a pesar de tener desarrolladas las estructuras neuroanatómicas y neuroendocrinas necesarias para la transmisión de los estímulos dolorosos hacia la corteza cerebral, aún no tiene los mecanismos de inhibición del dolor lo suficientemente maduros. Es por ello que, frente a un mismo estímulo doloroso, el neonato puede presentar respuestas fisiológicas y hormonales más intensas que los niños de mayor edad

y los adultos. Asimismo, a menor edad gestacional, menor es el umbral del dolor. (34) (35)

Por lo tanto, la prevención y el tratamiento del dolor en estos casos es de vital importancia, ya no solamente desde la perspectiva ética sino también teniendo en cuenta las consecuencias que puede generar en el neonato una mala gestión del dolor. Las más destacadas son el aumento de los costes de la estancia hospitalaria debido a un incremento del riesgo de aparición de complicaciones, los trastornos en el desarrollo neurológico juntamente con alteraciones en el sueño, el aprendizaje y el comportamiento. (34)

Las intervenciones no farmacológicas se centran en generar estímulos no dolorosos para lidiar con los dolorosos. Estas han demostrado ser eficaces para evitar y aliviar el dolor puesto que carecen de efectos secundarios, son ventajosas a corto plazo, tienen buena tolerabilidad, son de bajo coste y permiten que los padres sean partícipes del proceso. (32) (34)

Estos métodos incluyen estrategias ambientales, que se basan en disminuir los estímulos externos a los que se someten los recién nacidos con el fin de aliviar su estrés, y estrategias conductuales, que van dirigidas a modular la percepción del dolor. Además, su eficacia es mayor cuando se combinan con otros. (34) (36)

Estrategias ambientales

- Colocar al neonato en posición prono o en decúbito lateral, con el cuerpo flexionado, y poner un soporte a su alrededor con el objetivo de figurar los límites físicos que generaban las paredes uterinas durante su período fetal. Esto facilita un encuentro del cuerpo del recién nacido con la línea media y que el mismo pueda acercar sus manos a la boca, generando una organización del sistema nervioso central, mejorando la función respiratoria, facilitando el sueño y el control de la temperatura corporal. (34) (37)
- Disminuir los ruidos y la luz intensa colocando, por ejemplo, mantas sobre las incubadoras y usando una luz tenue. (34) (37)
- Tratar al neonato de manera suave y lenta. (34) (37)
- Agrupar y realizar los cuidados teniendo en cuenta el patrón de sueño del recién nacido puesto que la privación de sueño genera hiperalgesia. (34) (37)

Estrategias conductuales

- Método canguro: mediante la colocación del neonato en contacto con la piel desnuda de alguno de sus progenitores se logra una estimulación somatosensorial que produce, a través del sistema nervioso parasimpático, una activación del sistema modulador endógeno del dolor. Este aumenta la producción de colecistocinina, que es un neuropéptido que potencia la actividad de los opioides endógenos. De este modo, la autorregulación del bebé mejora, el tiempo de llanto disminuye, se da una sincronización térmica entre madre o padre e hijo, la respiración del recién nacido se regulariza y se vuelve más profunda y la saturación de oxígeno se mantiene estable logrando un ahorro energético. (32) (34) (36)
- Contención: consiste en arropar al recién nacido manteniendo sus piernas y brazos en una posición flexionada hacia la línea media y cerca de su cuerpo. De esta forma, se limitan los movimientos del neonato con la finalidad de simular el ambiente uterino en el que estuvo inmerso durante la gestación. En consecuencia, el recién nacido se siente seguro y se evita o alivia el dolor. Este método genera más buenos resultados durante las primeras semanas de vida del bebé ya que después se vuelve más activo y esta restricción de los movimientos puede incomodarlo. (32) (34) (37)
- Succión no nutritiva: al colocar un chupete en la boca del recién nacido se induce el reflejo de succión. Este provoca la liberación de serotonina, que es un neurotransmisor que se encarga de modular la transmisión y, por lo tanto, la percepción de los estímulos dolorosos. Asimismo, esta conducta autotranquilizante del neonato también genera endorfinas endógenas que modulan la recepción de las señales dolorosas. Y, de forma indirecta, al distraer la atención del bebé también disminuye su percepción del dolor. (32) (34) (37)
- Administración de soluciones edulcoradas por vía oral: el uso de sacarosa a una concentración del 24% es efectivo y seguro ya que genera un efecto analgésico en los recién nacidos durante procedimientos invasivos. Se debe aplicar en la parte anterior de la lengua, que es donde se encuentran la mayoría de las papilas gustativas, unos dos minutos antes de iniciar la técnica. De este modo, la percepción del sabor dulce aumenta la liberación de opioides endógenos, como las endorfinas, modificando la percepción del

estímulo doloroso. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el efecto analgésico tiene una duración de unos diez minutos y que, de manera opcional y para lograr una mayor eficacia, se puede repetir la dosis uno o dos minutos después de haber acabado el procedimiento. Ahora bien, aunque las dosis óptimas no están establecidas, se recomienda la administración de entre 0,012 y 0,12 g (0,05-0,5 ml) de sacarosa al 24% en prematuros y, de 0,24-0,5 g en recién nacidos a término. No obstante, se necesita mayor investigación para determinar la dosis mínima segura teniendo en cuenta el efecto de la administración repetida de sacarosa, ya que se cree que puede tener algo que ver con el desarrollo neurológico del bebé. (32) (34) (36) (37)

- Lactancia materna: el amamantamiento genera múltiples beneficios puesto que la combinación del olor materno, el mecanismo de succión, el contacto con la piel de la madre y el gusto de la leche materna proporcionan un potente efecto analgésico. Además, la leche materna contiene triptófano, precursor de la melatonina que incrementa la concentración beta-endorfinas en la sangre y estas, al formar parte de los opiáceos endógenos, actúan modificando la percepción del dolor. En consecuencia, el efecto analgésico de la lactancia materna es superior al de otras medidas no farmacológicas, como la administración de sacarosa por vía oral, la succión no nutritiva o la contención. (32) (34) (36)

3.6.2. MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

El adecuado y correcto tratamiento del dolor neonatal puede requerir un enfoque integral, basado en la combinación de analgésicos no opioides, analgésicos opioides, adyuvantes e incluso estrategias no farmacológicas. (38)

Principios del tratamiento farmacológico del dolor pediátrico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el dolor persistente debido a enfermedades médicas será aliviado en la mayoría de los niños mediante el uso correcto de los analgésicos. (39)

Es por ello, que en el año 2012 elaboró y difundió unas directrices basadas en un enfoque farmacológico bifásico que formulan varias recomendaciones clínicas para la evaluación y el tratamiento del dolor en niños. (38)

- **Uso de una estrategia bifásica.** La escalera analgésica de tres peldaños ha pasado a estar obsoleta puesto que a día de hoy se recomienda evaluar al niño y emplear el tratamiento analgésico del dolor en dos fases, en función de su intensidad: (38)
 1. Primera fase. Se indica en dolor leve, siendo el paracetamol y el ibuprofeno los fármacos de elección. (38)
 2. Segunda fase. Cuando la intensidad del dolor se considere moderada a severa el fármaco de elección será la morfina, teniendo en cuenta otros opioides potentes por si los efectos colaterales de esta son intolerables. (38)
- **Administración a intervalos regulares.** Si el dolor persiste en el tiempo, los fármacos analgésicos deben administrarse según pauta horaria y no “a demanda”. Es decir, el tratamiento tiene que seguir unos intervalos regulares previamente indicados, añadiendo “dosis de rescate” en caso de que el niño presente dolor intermitente e intercurrente. (39)

Además, las dosis de opioides necesarias para prevenir la reaparición del dolor son menores que las usadas para tratar el dolor episódico. (38)
- **Uso de la vía de administración apropiada.** Los fármacos analgésicos deben ser administrados al niño por la vía más sencilla, más eficaz y menos dolorosa, siendo la vía oral la más cómoda y económica para ello. Cuando esta no esté disponible, la elección de otra vía de administración debe basarse en la disponibilidad, el juicio clínico, la viabilidad y las preferencias del paciente. La vía subcutánea (SC), sea en perfusión continua o en bolos intermitentes mediante un catéter permanente, se utiliza mucho y puede ser una buena opción. Por el contrario, la administración por vía intramuscular (IM) debe evitarse puesto que es dolorosa. (38) (39)
- **Individualización del tratamiento.** Las dosis de analgésicos deben ajustarse de forma individualizada según las circunstancias de cada niño puesto que no hay una dosis única que sea apropiada para todos. La cantidad de fármaco analgésico a administrar tiene que estar basada en la respuesta del paciente al fármaco, evitando la aparición del dolor antes de la siguiente administración. (38) (39)

Primera fase

Se indica en dolor leve, siendo el Paracetamol y los Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES) los fármacos analgésicos de elección. No obstante, el Ibuprofeno es el AINE más recomendado puesto que la eficacia y seguridad de otros antiinflamatorios no esteroideos no se han estudiado lo suficiente en la población pediátrica. Cabe destacar que, en los niños menores de tres meses, la única opción disponible para tratar el dolor leve es el Paracetamol.

Además, es importante recordar que estos fármacos no opiáceos poseen techo terapéutico, la cual cosa significa que una vez alcanzada la dosis recomendada y el efecto analgésico deseado, cantidades mayores no mejorarán el alivio del dolor. Por el contrario, aumentarán las complicaciones y los efectos adversos. (36)

Los AINES son fármacos antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos que actúan inhibiendo la actividad de la ciclooxigenasa (COX), que es una enzima que metaboliza ácido araquidónico. Este tiene como finalidad la síntesis de prostaglandinas, leucotrienos y tromboxanos, que ocasionan eritema, dolor e inflamación. Concretamente, el Ibuprofeno es un inhibidor no selectivo de la COX a nivel periférico, la cual tiene como función la regulación del flujo sanguíneo renal, la protección de la mucosa gástrica y la agregación plaquetaria. Es por ello que la aparición de úlcera gástrica, las hemorragias o el deterioro de la función renal pueden darse como efectos adversos del fármaco. (38) (39) (40)

En cambio, el Paracetamol, bloquea la síntesis de prostaglandinas a nivel central mediante la inhibición de la COX. Sin embargo, no inhibe dicha enzima a nivel periférico, es por ello que carece de actividad antiinflamatoria. (38) (39) (40)

DOSIS (Vía Oral)				
FÁRMACO	Recién nacidos (0 a 29 días)	Lactantes (30 días a 3 meses)	Lactantes (3 a 12 meses) o niños (1 a 12 años)	DOSIS MÁXIMA DIARIA
Paracetamol	5-10 mg/kg cada 6-8 h	10 mg/kg cada 4-6 h	10-15 mg/kg cada 4-6 h *	Recién nacidos, lactantes y niños hasta 12 años: 4 dosis/día
Ibuprofeno			5-10 mg/kg cada 6-8 h	40 mg/kg/día

* Máximo de 1 gr cada vez.

Tabla 8. Dosificación de los fármacos para el dolor leve. Fuente: Elaboración propia.

También se dispone del Metamizol, aunque en España su uso está contraindicado en neonatos y menores de 3 meses puesto que no existen evidencias acerca de su utilización. Sin embargo, debido a la ausencia de analgésicos de potencia intermedia y en base a las experiencias obtenidas en otros grupos de edad, en el ámbito sanitario se usa de todos modos. La dosis recomendada en infantes es de 20 - 50 mg/kg cada 6 - 8 horas. (39) (41)

Segunda fase

Se recomienda el uso de analgésicos opioides potentes para tratar el dolor moderado a grave o en dolor refractario a AINES en neonatos con enfermedades médicas. Dichos fármacos producen efecto analgésico principalmente por su unión a las membranas celulares presinápticas y postsinápticas del sistema nervioso central. Esto lo hacen mediante receptores específicos de opioides y actúan a través de un segundo mensajero (adenosina monofosfato cíclica) o de los canales del potasio, generando la inhibición de la neurona a causa de una disminución de la liberación de neurotransmisores excitadores de las terminaciones presinápticas o por la hiperpolarización de las neuronas postsinápticas. No obstante, la inmadurez del recién nacido, especialmente en el prematuro, conlleva una mayor rapidez de acción de estos fármacos, con un

efecto superior y más duradero, un grado de tolerancia menor y una mayor dificultad para la eliminación. (38) (42) (43)

Asimismo, este grupo de medicamentos tiene como efectos adversos más comunes la depresión respiratoria, náuseas, vómitos, mareos, sedación o confusión, disforia, prurito, estreñimiento, retención urinaria e hipotensión. (43)

Sin embargo, al contrario de lo que ocurre con el Paracetamol y los AINES, estos tienen la gran ventaja de no poseer techo analgésico, por lo que permiten aumentar su dosis hasta conseguir el alivio del dolor deseado con un grado aceptable de reacciones desfavorables. (36)

Se indica el uso de Morfina como opioide potente de primera elección puesto que no hay datos suficientes para recomendar ningún otro fármaco opioide alternativo. No obstante, el Fentanilo también se encuentra entre los fármacos más usados para tratar el dolor moderado a intenso en neonatos. (38) (39)

Por un lado, la Morfina ejerce un efecto analgésico mediante la activación de los receptores μ , simulando la acción de las endorfinas endógenas. Y, por otro lado, el Fentanilo es un potente analgésico sintético que también interacciona predominantemente con los receptores μ . Este posee un efecto terapéutico 60-100 veces mayor que la Morfina y presenta un inicio de acción más rápido (1-3 minutos), debido a su mayor liposolubilidad, y de menor duración, a causa de su rápida redistribución. Sin embargo, la tolerancia al Fentanilo se desarrolla más rápidamente (3-5 días) que la tolerancia a la Morfina (2 semanas). (39) (44)

FÁRMACO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS INICIAL PARA NEONATOS
Morfina	Inyección IV ^a	25-50 mcg/kg cada 6 h
	Inyección SC	
	Infusión IV	Dosis IV inicial ^a de 25-50 mcg/kg, seguida de 5-10 mcg/kg/h y 100 mcg/kg cada 4-6 h
Fentanilo	Inyección IV ^b	1-2 mcg/kg cada 2-4 h ^c
	Infusión IV ^b	Dosis IV inicial ^c de 1-2 mcg/kg, seguida de 0,5-1 mcg/kg/h

^a La Morfina IV se administrará lentamente durante un mínimo de 5 minutos.

^b Las dosis IV de fentanilo para recién nacidos están basadas en la información sobre la posología en el tratamiento del dolor agudo y la sedación. En recién nacidos sin ventilación asistida son necesarias dosis menores.

^c El Fentanilo IV se administrará lentamente durante un mínimo de 3 a 5 minutos.

Tabla 9. Dosificación de los fármacos para el dolor de moderado a grave. Fuente: Elaboración propia.

4. METODOLOGÍA

4.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

En base a los objetivos propuestos, se ha realizado una búsqueda bibliográfica que nos ha permitido elaborar el marco teórico y la discusión de los resultados obtenidos en el estudio fenomenológico.

Para su realización, se han utilizado los siguientes descriptores: dolor neonatal, actitud de enfermeras, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico, identificación, escalas de valoración, familiares, padres, manejo, UCIN, nurse neonatal pain y sentimientos. Estos descriptores han sido relacionados entre sí con los operadores booleanos AND y OR.

Las bases de datos utilizadas durante la recopilación de documentos científicos relacionados con nuestro tema de estudio han sido: GOOGLE SCHOLAR, PUBMED, ELSEIVER, DIALNET y SCIELO. El período de realización de dicha búsqueda bibliográfica ha sido de octubre del año 2019 a marzo del año 2020.

Criterios de inclusión:

- Artículos en español e inglés.
- Artículos desde 2005 hasta 2020. No obstante, los más utilizados han sido los que se encuentran entre el año 2010 y el 2020.
- Artículos relacionados con el tema de estudio.

Criterios de exclusión:

- Artículos que no estuvieran en inglés o español.
- Artículos sin texto completo.
- Artículos de pago.
- Artículos que no tuvieran metodología científica.

4.2. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se basa en un análisis subjetivo e individual puesto que se centra en lo particular. Pretende detectar, interpretar y comprender

opiniones, actitudes, experiencias y expectativas subjetivas de las participantes. Por lo tanto, la realidad que interesa conocer es la que las propias personas perciben como importante quedando enmarcada en un estudio cualitativo fenomenológico. (45)

La finalidad de esta es descriptiva puesto que no pretende evaluar una presunta relación causa-efecto, sino simplemente describir un hecho. (45)

Además, la temporalidad en la que se desarrolla es transversal ya que muestra los resultados obtenidos en un momento de tiempo determinado. (45)

4.3. HERRAMIENTA DE ESTUDIO

Para la realización del presente proyecto de investigación, el instrumento usado como método de recogida de datos ha sido la entrevista semiestructurada a partir de preguntas abiertas planteadas a través de un diálogo semidirigido a enfermeras, trabajadoras de la UCIN, con la finalidad de recopilar información acerca de sus conocimientos y vivencias en relación con el dolor neonatal. (45)

Se ha empleado una grabadora como modo de registro y, a partir de los audios obtenidos se ha realizado una transcripción literal del contenido de las entrevistas para captar aquellos datos que pueden pasar desapercibidos pero que son esenciales.

4.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio está formada por cuatro enfermeras que desempeñan su labor asistencial en un hospital de Barcelona y en uno de Tarragona, concretamente en sus respectivas Unidades de Curas Intensivas Neonatales (UCIN).

Cabe destacar que las entrevistadas fueron seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico por bola de nieve, que es una técnica a partir de la cual los individuos seleccionados para ser estudiados reclutan a nuevos participantes que se encuentran entre sus conocidos.

Los criterios de inclusión a la hora de seleccionar a las enfermeras han sido:

- Enfermeras que trabajen o hayan trabajado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
- Enfermeras que lleven un mínimo de dos años trabajando en la UCIN.
- Enfermeras que participen en el estudio de forma voluntaria, anónima y firmando el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión a la hora de seleccionar a las enfermeras han sido:

- Enfermeras que trabajen en UCIP (Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos) o en otra unidad que no sea la UCIN.
- Enfermeras que no estén dispuestas a firmar el consentimiento informado.

4.5. ÁMBITO DE ESTUDIO

Respetando las preferencias de las enfermeras entrevistadas en cuanto la fecha y el lugar de las entrevistas, la primera entrevista se realizó en un despacho de la universidad Rovira i Virgili del Campus Catalunya en Tarragona, la segunda y tercera entrevistas se realizaron en días distintos en el “office” de un hospital de Tarragona y, por último, la cuarta entrevista se realizó en una cafetería de Barcelona.

A continuación, presentamos las principales características laborales de las cuatro enfermeras que han formado parte de la investigación:

Enfermera 1 (E1):

Mujer de unos 40 años de edad, diplomada en Enfermería y especializada en el ámbito de la pediatría. Posee una experiencia asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de más de 10 años y medio. También ejerce como docente en la Universitat Rovira i Virgili (URV). Del mismo modo, forma parte de la junta de la SENS (Sociedad Española de Enfermería Neonatal).

Durante la entrevista manifiesta un claro dominio del tema y demuestra que está completamente actualizada. Sintióse cómoda y relajada, hablando fluidamente durante toda la conversación.

Enfermera 2 (E2):

Enfermera diplomada de 49 años. Experiencia laboral de 12 años en la UCIN. Pide realizar la entrevista en catalán puesto que refiere sentirse más cómoda hablándolo. Durante la conversación mantiene una posición tensa, le cuesta hablar con soltura de su experiencia y responde a través de frases cortas y de escaso contenido en la mayor parte de la entrevista.

Enfermera 3 (E3):

Mujer de 27 años, graduada en Enfermería. Cuando acabó de estudiar el grado empezó su labor asistencial como enfermera en la UCIN y ya lleva dos años en el servicio.

De primeras se muestra un poco tensa, pero a medida que va avanzando la entrevista va cogiendo soltura y se va relajando. Cuenta muchos ejemplos de casos clínicos neonatales basados en su experiencia, aunque enfoca el diálogo a la muerte del neonato y no al dolor del mismo en sí.

Enfermera 4 (E4):

Mujer de 55 años, enfermera diplomada y especializada en pediatría. Experiencia de 20 años en la UCIN. Del mismo modo, manifiesta ser una de las coordinadoras del grupo de dolor neonatal desde hace 15 años. También afirma formar parte de la comisión del dolor del hospital en el que ejerce su profesión. Desde un principio muestra entusiasmo por el tema, se nota que lo controla y que está al corriente del mismo. Se siente cómoda, tranquila e incluso emocionada durante el diálogo.

4.6. ANÁLISIS DE DATOS

El objetivo principal en esta fase es transformar toda aquella información obtenida, a partir de las entrevistas realizadas, en datos que sean provechosos y que nos permitan extraer la esencia de aquello que es fundamental para el presente proyecto de investigación.

El tipo de análisis utilizado es temático ya que se han analizado con detalle y categorizado las transcripciones de las grabaciones obtenidas durante las

conversaciones con las cuatro participantes. De este modo, se han conseguido unos resultados a partir de los cuales se puede lograr la comprensión global del fenómeno. Esta etapa se compone de las siguientes fases: (46)

1. Obtención y realización de las entrevistas de manera individual, con la intención de recoger información y describir e interpretar aspectos subjetivos (conocimientos, opiniones, experiencias, actitudes, comportamientos, entre otros). (46)
2. Preparación, revisión y transcripción literal de las entrevistas en texto con el objetivo de poder analizarlos con detalle. (46)
3. Lectura e análisis de los discursos transcritos y elaboración de una lista de los temas que aparecen en cada uno. (46)
4. Búsqueda de citas que tengan relación con el objetivo del estudio.
5. Elaboración de categorías y subcategorías. (46)
6. Relación de los resultados obtenidos con la evidencia científica. (46)

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

Previamente a la realización de cada entrevista, mediante una hoja informativa y el consentimiento informado (Anexo 2), se ha explicado a cada una de las participantes el objetivo de estudio y cómo se utilizará la información obtenida a través de los diálogos.

Se ha dado especial importancia a la voluntad de cada informante en cuanto a la participación, destacando también la confidencialidad de los datos obtenidos de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Con la finalidad de preservar su anonimato, hemos identificado a cada una de las enfermeras mediante la E de enfermera, seguida de un número del 1 al 4: E1, E2, E3, E4.

4.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación que encontramos en nuestro proyecto de investigación fue en relación a la muestra de estudio, ya que tuvimos dificultades para encontrar a enfermeras que estuvieran dispuestas a ser grabadas y que además reunieran todos los criterios de inclusión y exclusión planteados. También nos costó concretar el día y la hora con cada una de ellas para la realización de las entrevistas puesto que disponían de tiempo limitado.

De igual forma, vernos inmersas en una situación de alarma sanitaria global por el COVID-19 nos ha obstaculizado el poder desarrollar las últimas partes del estudio de forma presencial y conjunta. Es por ello que nos hemos visto obligadas a dividirnos las tareas, la cual cosa nos ha supuesto más tiempo en la elaboración de las mismas.

En cuanto a la revisión bibliográfica, nos hubiera gustado poder consultar artículos que considerábamos relevantes para nuestro objetivo de investigación, pero no disponíamos del texto completo.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir de las cuatro entrevistas realizadas a enfermeras de dos Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) distintas, hemos obtenido las siguientes categorías:

CATEGORÍAS
Identificación del dolor neonatal.
Manejo del dolor neonatal.
Actitud de la enfermera.
Relación de las enfermeras con las familias de los neonatos.
Uso de protocolos.

Tabla 10. Categorías. Fuente: Elaboración propia.

5.1. IDENTIFICACIÓN DEL DOLOR NEONATAL

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), los recién nacidos son sometidos diariamente a numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos dolorosos, como son las punciones arteriovenosas y del talón. La incapacidad de estos bebés para poder verbalizar el dolor hace necesaria la valoración e identificación del mismo puesto que no medirlo impide la aplicación de la terapia analgésica más apropiada. (5)

El dolor en los neonatos se puede valorar observando sus cambios de comportamiento, manifestados por la expresión facial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la presencia de dificultades para conciliar el sueño, sudoración palmar, variaciones de la presión arterial, la saturación de oxígeno, la alteración en los niveles de cortisol y catecolaminas, entre otros. No obstante, hay que tener en cuenta que no todas estas variaciones son causadas por estímulos dolorosos, sino que también se pueden dar por molestias. Por este motivo es importante la utilización de una correcta escala de valoración que evalúe la intensidad y determine el origen del dolor. (47)

En esta categoría vamos a analizar cómo las enfermeras entrevistadas identifican y valoran el dolor en los neonatos y si hacen uso de las escalas de valoración. Si es así, tendremos en cuenta la variabilidad, si la hay, entre los instrumentos de valoración aplicados a nivel asistencial, los indicadores que se tienen en cuenta para identificar el dolor y, por último, la temporalidad que existe a la hora de valorar el dolor. Por este motivo, hemos dividido esta categoría en las siguientes subcategorías: el uso de escalas para la identificación del dolor, indicadores en la valoración del dolor y temporalización de la valoración.

SUBCATEGORÍAS
Uso de escalas para la identificación del dolor
Indicadores en la valoración del dolor
Temporalización de la valoración

Tabla 11. Subcategorías. Fuente: Elaboración propia.

- Uso de escalas para la identificación del dolor

El manejo del dolor es una prioridad en las UCIN. No obstante, tal y como demostró un estudio realizado el año 2015 con 498 neonatos de 30 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) españolas distintas, la mayoría de los recién nacidos ingresados en estas unidades no recibe una correcta valoración del dolor puesto que no se utilizan las escalas clínicas y entre las que las utilizan, existe una gran variabilidad. (19)

La misma investigación concluyó que la no utilización de las escalas de valoración es debida al desconocimiento, a la falta de consideración del dolor neonatal como una prioridad, a la creencia de que dichos instrumentos no son válidos y a la falta de tiempo. (19)

Esto fue corroborado por una de las cuatro participantes (E2) durante la entrevista puesto que negó, aún siendo conocedora de su existencia, el uso de dichas escalas clínicas. No obstante, tres de las cuatro entrevistadas (E1, E3 y E4) afirmaron su uso, coincidiendo dos de ellas (E1 y E4) en una de las que aplican durante su jornada laboral:

“(...) lógicamente como profesional te debes ceñir a pasar algún tipo de escala. Existen diferentes escalas neonatales, muchas, pero es cierto que cada centro tiene como protocolo alguna en concreto. A día de hoy casi todas las unidades neonatales utilizan el sistema informático también para el registro de otros parámetros, incluidos el dolor, (...) Es verdad que no hay una unificación, una única escala a nivel nacional para valorar el dolor, pero sí que las más utilizadas son la escala PIPP y la escala BIIP, (...)”
E1

“No. N’hi ha, però ara actualment no es fan servir. (...)” E2

“Sí, hay unas cuantas, pero la que utilizamos es la NIPS, que es la neonatal, (...)” E3

“(...) Nosaltres, actualment, utilitzem un instrument que és la PIPP però estem en procés de canviar-lo (...)” E4

Tal y como afirma la investigación elaborada por A. Avila-Alvarez et al., el manejo del dolor neonatal es una prioridad, incluyendo dentro de esta afirmación la valoración del mismo con escalas clínicas. (19)

Y así lo demuestra una de las informantes (E1) cuando expresa la importancia que tiene el hecho de aplicar instrumentos de valoración del dolor neonatal. En cambio, las otras participantes (E2, E3 y E4) no le dan misma importancia a este hecho puesto que dicen que, muchas veces, observando al recién nacido ya hay suficiente para saber si tiene dolor o no:

“(...), pienso que es de vital importancia utilizar las escalas (...)” E1.

- Identificadores en la valoración del dolor

Existen distintas respuestas frente a un estímulo doloroso por parte del recién nacido. Entre ellas se encuentran las respuestas fisiológicas (alteraciones en la frecuencia cardiaca, en la frecuencia respiratoria y en la tensión arterial, aumento de la presión intracraneal, disminución de la saturación de oxígeno, entre otras), las respuestas bioquímicas (hípercatabolismo o hipoprolactinemia) y las respuestas conductuales (insomnio, llanto o agitación). (21)

Es necesario saber reconocer el dolor neonatal para poder determinar su localización, severidad y naturaleza con la finalidad de tratarlo de la forma más apropiada. Puesto que los recién nacidos no pueden expresarse verbalmente, la

figura de la enfermera cobra mucho valor a la hora de observar las alteraciones fisiológicas y los cambios de comportamiento que puedan indicar la presencia de dolor en el mismo. (48)

Así lo demuestran las cuatro enfermeras entrevistadas, ya que tienen en cuenta tanto las respuestas fisiológicas como las conductuales del recién nacido a la hora de valorar su dolor. No obstante, para cada una de ellas siempre predominan más unas que otras:

“Para poder identificar el dolor de un neonato existen dos componentes básicos; uno sería toda la parte de comportamiento verbal y no verbal. El verbal lógicamente no me refiero a frases hechas, puesto que no saben hablar, pero sí que hablo de la gesticulación, el tema del llanto, el gemido, el quejido, que sí que son formas de expresión para el neonato. Y luego tenemos otro parámetro básico, las constantes vitales del niño; la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación (...), pero sobretodo, la temperatura (...) Con lo cual, los más importantes son estos dos parámetros, tanto el ojo clínico de la enfermera a la hora de hacer una buena valoración del comportamiento verbal y no verbal, como las constantes vitales o características clínicas y físicas del niño.” E1

“El plor és el típic. Un plor vigorós, molt agut, que no és consolable. I altres, doncs augment de la freqüència cardíaca, augment de la freqüència respiratòria, la sudoració del nen, que estigui molt inquiet...” E2

“Me fijo en el niño, en cómo está de actitud, en la frecuencia cardíaca...”

E3

“Nosaltres amb totes les escales objectivitzem, siguin conductuals o fisiològiques, perquè el nadó m’ho està dient però jo ho estic interpretant. Ja sabeu que el dolor es valora de manera psicològica, subjectiva o objectiva. (...)” E4

- Temporalización en la valoración del dolor

Con la finalidad de realizar una buena gestión del dolor en el neonato, es importante medir la intensidad del mismo, de una manera precisa y exhaustiva, con un instrumento apropiado y en intervalos regulares, ya que el estado del niño puede cambiar a lo largo del tiempo debido a su enfermedad o a factores relacionados con ella, como podrían ser las intervenciones terapéuticas. (38)

Se recomienda la medición del dolor cada 4-6 horas, sobre todo después de la aplicación de cualquier procedimiento o estímulo doloroso. (21) (27)

En relación a esto, pudimos observar que dos las informantes (E1 y E4) dan importancia a que el estado del niño es un factor a tener en cuenta al revalorar su dolor y que, como dice la bibliografía, se tiene que llevar a cabo en un intervalo de 4-6 horas. En cambio, las otras dos enfermeras (E2 y E3) no contemplan la reevaluación del dolor neonatal de forma protocolizada:

“Va a depender del estado del niño, entonces, por ejemplo, en un niño crítico yo te diría que se pasa cada hora, lo que es el registro. Aunque constantemente lo estas valorando (...). Es verdad que luego se va espaciando y el protocolo está marcado entre cuatro y seis horas. (...) también depende del fármaco que le des, (...) y después de dar el fármaco también valorarás si continúa teniendo o no, entonces para esto no te vas a esperar a las 4 horas. Cuando yo te hablo de estas 4 o 6 horas de margen, estamos hablando de niños que no tienen dolor. (...)” E1

“ (...) Nosaltres, depenent de l'estat del nen, la passarem en un interval o un altre. En intensius, ho farem cada 6 hores. Si un nen porta analgèsia, ho farem més sovint. En un semi-crític ho podem fer cada 12 hores(...)” E4

5.2. MANEJO DEL DOLOR NEONATAL

El dolor neonatal debe prevenirse y tratarse para evitar el sufrimiento y los efectos nocivos que puede generar tanto a largo como a corto plazo.

Un dolor no tratado de forma correcta en el recién nacido ocasiona dificultades en los procesos de aprendizaje, conducta, memoria, socialización, autorregulación y expresión de los sentimientos. Asimismo, las experiencias dolorosas en neonatos pueden dar alteraciones en la percepción del dolor a largo plazo. (7)

Teniendo en cuenta estos factores y mediante el relato de las enfermeras entrevistadas, nuestra finalidad es averiguar de qué forma se previene y se trata, en el ámbito asistencial, el dolor de un recién nacido ingresado en una UCIN.

SUBCATEGORÍAS
Tratamiento no farmacológico
Tratamiento farmacológico

Tabla 12. Subcategorías. Fuente: Elaboración propia.

- Tratamiento no farmacológico

Las intervenciones no farmacológicas son técnicas o estrategias que se emplean con la finalidad de prevenir o aliviar el dolor que padece el neonato, y cuya aplicación es de bajo coste, eficaz y segura. (4)

Es por ello que la opinión de las informantes es unánime en cuanto a la aplicación de medidas no farmacológicas como tratamiento de elección para el manejo del dolor neonatal:

“(...) No esperar a que tenga dolor. (...) la prevención del dolor es el tratamiento más idóneo y más eficaz (...) antes de llegar a tratar lo más importante es la prevención (...)” E1

“Nosaltres (refiriéndose a las enfermeras) som més de mesures no farmacològiques.” E2

“Primero son medidas de confort, (...) antes de administrar fármacos, (...)” E3

“(...) Utilitzarem (refiriéndose a las enfermeras) mesures no farmacològiques. (...) Moltes vegades amb les mesures no farmacològiques en tenim suficient. (...)” E4

Ahora bien, a pesar de tener un gran peso en el tratamiento del dolor en el neonato, estas intervenciones no son sustitutivas ni alternativas a las medidas farmacológicas. Sin embargo, son complementarias. (49)

Es así como nos lo hicieron saber dos de las informantes (E1 y E4) durante la conversación. No obstante, la E2 y la E3 no dicen nada sobre el tema:

“(...) prevenir mediante medidas farmacológicas y medidas no farmacológicas (...)” E1

“(...) El tractament farmacològic, sempre el combinarem amb el no farmacològic. Mai deixarem el no farmacològic (...)” E4

Tal y como se muestra en una revisión bibliográfica realizada el 2018 en Bogotá (Colombia), la administración de sacarosa oral, la succión no nutritiva y la posición de contención y flexión se identificaron como las intervenciones no farmacológicas con mejor soporte científico en relación con la modulación del dolor por parte del recién nacido. (50)

En las entrevistas realizadas, se observó que las participantes emplean las intervenciones no farmacológicas más sustentadas por la bibliografía:

“(...) el tema de la contención, el no hacer un procedimiento brusco (...) despertarlo tocándolo muy suavemente, (...) contacto, (...) de los padres (...) a poder ser en brazos (...) Usar aportes dulces, como la sacarosa o la lactancia materna. (...)” E1

“Es fa contenció. (...) Li poses un xumet. Pots posar (...) alguna cosa de la mare. (...), també utilitzem sacarosa si fem alguna técnica dolorosa. (...) Doncs això: contenció, xumet i sacarosa.” E2

“(...), primero confort, ponerlos en un nido para que estén más confortables, (...). En el nido los pongo como cuando te arropan (...). Si están llorando mucho (...) los cojo en brazos y estoy un rato con ellos en canguro. (...), y sacarosa.” E3

“(...) Primer una mica de contenció (...) i, després, el posarem pell amb pell amb algún d'ells (refiriéndose a los padres). (...)” E4

Como se puede ver, durante la realización de las entrevistas, las cuatro informantes manifestaron que la primera intervención no farmacológica que llevan a cabo es la contención:

“(...) como por ejemplo el tema de la contención, (...)” E1

“Es fa contenció. (...) Això fa que se sentin més segurs, (...) com a l'uter matern. (...)” E2

“(...), primero confort, ponerlos en un nido para que estén más confortables, (...). En el nido los pongo como cuando te arropan (...) La verdad que con la contención aguantan muy bien, llevando sus rodillas hacia su pecho, para que estén en posición fetal (...)” E3

“(...) Primer una mica de contenció (...)” E4

Este método tiene efectos beneficiosos ya que arropando al neonato en posición fetal se simula el ambiente uterino que lo envolvió durante los meses de gestación. Asimismo, se promueve su adaptación a los estímulos dolorosos, su autorregulación y su estabilidad fisiológica. No obstante, a pesar de lo dicho por las participantes, una revisión crítica de la literatura realizada el año 2016 en Vitoria-Gasteiz, observó que hasta el momento no se habían realizado estudios que comprobaran la efectividad de la contención en los recién nacidos a término, ni estudios que demostraran su efecto analgésico durante inyecciones intramusculares. Sin embargo, la contención demostró ser un método alternativo para aliviar el dolor en los recién nacidos prematuros sometidos a punciones venosas y a la prueba del talón; siendo, además, recomendado su uso durante ambos procedimientos por una Guía de Práctica Clínica de la Asociación de Anestesiólogos Pediátricos de Gran Bretaña e Irlanda. (51)

El método canguro consiste en colocar al recién nacido en decúbito prono encima del pecho desnudo de su madre o de su padre, simulando la posición de una rana y permitiendo el contacto piel con piel. De este modo se favorece la lactancia materna, se fortalece el vínculo madre/padre-hijo y se produce una termorregulación en el neonato, logrando una estimulación somatosensorial que produce una modulación endógena del dolor. (52)

Así lo vimos durante las entrevistas puesto que las entrevistadas daban especial importancia a la presencia de los padres como medida no farmacológica para la prevención o el alivio del dolor neonatal, ya fuera aplicando el método canguro o con objetos suyos:

“(...) hablamos de que estén los padres siempre que sea posible, y no solo presentes sino a través del contacto físico, a poder ser en brazos aún mejor. (...)” E1

“(...) quan fem la prova de la detecció precoç és molt típic dir-li a la mare que es posi el nadó al pit i mentrestant fer-li la prova, (...) I d'aquesta forma veus que els nens ploren menys i se senten més reconfortats amb la mare. (...) Pots posar (...) alguna cosa de la mare. (...)” E2

“(...) Si están llorando mucho (...) los cojo en brazos y estoy un rato con ellos en canguro, (...). Sí, y en canguro menos todavía (refiriéndose a la disminución del dolor en el neonato).” E3

“(...) el simple fet de realitzar la glicèmia o fer la prova del taló al nadó ja suposava que una altra infermera contingués al nadó i tot i així plorava, i ara que pugui estar pell amb pell suposa amb els pares que el nadó ni se n’adoni i que els pares estiguin satisfets perquè han cuidat al seu fill. (...) el posarem (refiriéndose al neonato) pell amb pell amb algún d’ells (refiriéndose a los padres). (...)” E4

Mejía Trujeque A, Pat Catzim LC, Pérez H, May Uitz S., en su revisión bibliográfica publicada el año 2019, revelaron que la leche materna es una estrategia no farmacológica eficaz, natural, de bajo costo y segura para reducir el dolor en el neonato puesto que está compuesta por triptófano, un precursor de la serotonina y de la melatonina que incrementa la concentración beta-endorfinas en la sangre, que actúan como analgésicos naturales regulando, además, los factores relacionados con la cognición, la atención, la emoción, el dolor, el sueño y la excitación. (53)

Por lo siguiente, evidenciaron que la sacarosa al 24% ejerce su efecto a través de vías opioides endógenas y que la dosis óptima para lograr un control analgésico del dolor será aplicada antes y durante la intervención dolorosa. En cambio, con el uso de la leche materna solo se necesita una administración antes del procedimiento terapéutico y su efecto analgésico (5 minutos) es mayor. Además, afirmaron que algunas investigaciones exponen que la administración de más de 10 dosis de sacarosa se traduce en neurodesarrollos más pobres, en el aumento de marcadores de estrés oxidativo y en el uso de trifosfato de adenosina que podría dar lesión celular en lactantes. (53)

En relación a esto, un aspecto que nos llama la atención es que dos de las cuatro participantes (E1, E3 y E4) coincidieron en que preferían administrar leche materna antes que la sacarosa para prevenir o aliviar el dolor del neonato. Sin embargo, la E2 no contempla la lactancia materna como medida no farmacológica para tratar el dolor neonatal:

“(...) aportes dulces, como (...) la lactancia materna. Es verdad que hay mucha discusión entre si usar la lactancia materna o la sacarosa porque ha habido un mal uso de esta, (...) El mal uso ha hecho que haya gente que se está planteando utilizar solo leche materna y no utilizar sacarosa. (...) la leche materna, además de tener un componente dulce, (...) posee el vínculo con la madre, aunque no esté presente. Además, tiene ese olor

que el bebé reconoce. Con lo cual, si el bebé puede tomar le daríamos leche (...)" E1

"(...) la sacarosa también se utiliza mucho, pero si hay leche de la madre pues unas gotitas de leche de la madre." E3

"(...) moltes vegades la llet materna és més efectiva que lla sacarosa. (...) Nosaltres (refiriéndose a ella como enfermera y a sus compañeras) apostem per la llet materna. (...) És veritat que hi ha estudis que diuen que la llet materna no té el poder de la sacarosa perquè és més pobre en sucres, però la llet materna s'assembla molt al líquid amniòtic en sabor i olor, llavors té un gran potencial al cervell i a l'hora de disminuir l'estrès. Per tant, el que no té de sucres ho té perfectament d'altres coses." E4

- Tratamiento farmacológico.

Hay procedimientos terapéuticos, como la intubación orotraqueal o la inserción de un catéter venoso central por disección venosa, que van a requerir la administración de medicamentos sistémicos (analgésicos o sedantes) para gestionar el dolor del recién nacido. Asimismo, ante la presencia de un dolor leve a moderado o moderado a severo también va a ser necesario el uso de la terapia farmacológica. (54)

El V Consenso Clínico de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología, celebrado el año 2014, llegó a la conclusión de que el Paracetamol es el fármaco de prescripción más común para tratar el dolor leve a moderado o como suplemento de la analgesia con opioides. Mencionaron que el uso de este fármaco reduce los requerimientos de morfina y evita sus efectos secundarios como el vómito. Asimismo, informaron que, en los RN sometidos a procedimientos quirúrgicos, el Paracetamol administrado por vía intravenosa proporciona una analgesia adecuada. (55)

Asimismo, en las Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas elaboradas el año 2012, se concluye que en los infantes de edad inferior a 3 meses la única opción de tratamiento del dolor leve es el Paracetamol. (56)

Por un lado, en las entrevistas realizadas observamos que, para la E1, la E2 y la E3 el fármaco analgésico de elección es el Paracetamol junto con el Metamizol

(Nolotil®), a pesar de que el uso de este esté contraindicado en España en neonatos y menores de 3 meses por no existir evidencias suficientes acerca de su utilización. (56)

Por otro lado, la E4 no sugiere ningún fármaco para tratar el dolor leve a moderado puesto que indica directamente el uso de Morfina ante un dolor que no remite con medidas no farmacológicas:

“A nivel farmacológico, (...) empezando por ejemplo por un Paracetamol o un Metamizol, no opioides. (...)” E1

“*Paracetamol i Nolotil. (...)*” E2

“*(...) si veo que ya no (refiriéndose a la eficacia de las medidas no farmacológicas) (...) un Paracetamol o un Nolotil.*” E3

Los 32 neonatólogos participantes en la reunión acordaron que la Morfina es el fármaco más utilizado para aliviar el dolor moderado a grave en neonatos. No obstante, el Fentanilo es el otro medicamento opioide más administrado puesto que tiene un efecto analgésico similar al de la Morfina. Por un lado, esta última tiene mayor efecto de sedación, menor riesgo de rigidez torácica y menor tolerancia que el Fentanilo. Por otro lado, la acción analgésica del Fentanilo es más rápida y de duración más corta, la motilidad gástrica no se ve tan afectada por el mismo, posee menor inestabilidad hemodinámica y apenas genera retención urinaria. (55)

Según la información obtenida a partir de las cuatro informantes, podemos ver que todas hacen referencia al uso de opioides en casos de dolor neonatal más grave, tal y como dice la bibliografía consultada. Sin embargo, no coinciden a la hora de nombrar un fármaco opioide u otro:

“*(...) después podríamos pasar a los opioides (...)*” E1

“*(...) I en casos més extrems, Morfina. (...)*” E2

“*Pues ya tendríamos que poner una bomba, normalmente de Fentanilo.*” E3

“*La Morfina, evidentment. Sabem que el Fentanil té una alta tolerancia, llavors passarem per la Morfina i anirem afegint altres pel síndrome d'abstinència (...)*” E4

5.3. ACTITUD DE LAS ENFERMERAS ANTE EL DOLOR NEONATAL

La UCIN es un punto de encuentro emocionalmente evocador para bebés, padres y enfermeras. No obstante, son las enfermeras las que se encargan de atender tanto a bebés en situación vulnerable, teniendo en cuenta su fragilidad, como a sus familias. (57) (58)

Se han estudiado mucho las experiencias emocionales que viven las familias en una UCIN, pero las respuestas del personal de enfermería aún no han sido bien delineadas. Sin embargo, en esta categoría pretendemos indagar un poco más en las actitudes de las cuatro participantes ante el dolor neonatal. Es por ello que nos interesa saber qué sentimientos les genera, de qué forma los afrontan y qué grado de reconocimiento creen que se le da a su trabajo emocional dentro de la UCIN. (57)

SUBCATEGORÍAS
Sentimientos generados por el dolor del neonato
Estrategias de afrontamiento ante un dolor neonatal
Reconocimiento del trabajo emocional en la UCIN

Tabla 13. Subcategorías. Fuente: Elaboración propia.

- Sentimientos generados por el dolor del neonato

En un estudio realizado en Alabama (EEUU) por treinta y seis miembros de la Asociación Nacional de Enfermeras Neonatales, se presentaron narraciones escritas para explorar, a través de historias vividas y contadas, las respuestas afectivas que las enfermeras de una UCIN tienen mientras cuidan a recién nacidos que están sufriendo dolor y a sus familias. (59)

Este análisis narrativo reveló muchas respuestas afectivas, pero tres fueron las más frecuentes: responsabilidad, angustia moral e identificación. (59)

En relación a la bibliografía mencionada anteriormente, se observó que la E1 y la E4 experimentan sentimientos similares a la responsabilidad. Del mismo modo, la E2 coincide notando un sentimiento de angustia moral. Y la E3 empatiza ante el dolor de un recién nacido, por lo que se siente identificada con este:

“Para mí, yo te diría impotencia y rabia si no puedo hacer nada, cuando es otro profesional que lo hace y no tengo potestad (...). Entonces si yo tuviera que poner un adjetivo sería inquietud, (...) no es una emoción negativa (...) me genera inquietud por ver realmente qué es lo que pasa y tratarlo lo antes posible.” E1

“Angoixa.” E2

“Pues dolor también. (...) soy muy así, muy empática.” E3

“A vegades impotència. Impotència perquè és veritat que procurem tenir mitjans per evitar el dolor, o sigui, normalment el dolor que no controlem es troba dins d'un percentatge molt baix” E4

Un estudio etnográfico, realizado el año 2014 en Pennsylvania (EEUU), concluyó que las enfermeras se llevaban a casa las emociones vividas en el trabajo, y que estas generaban unas demandas emocionales adicionales en su vida personal fuera del ámbito asistencial. Asimismo, algunas de las 114 enfermeras entrevistadas confirmaron que estaban afligidas por el sufrimiento de los recién nacidos y los padres y que tenían pensamientos recurrentes y sueños nocturnos sobre el bienestar de los mismos. Esto supone una carga para ellas puesto que una buena gestión dichas emociones es importante para la satisfacción laboral y la prestación de unos cuidados óptimos al neonato. (57)

Así lo afirmaron tres de las cuatro participantes (E2, E3 y E4) puesto que relataron que la mayoría de las veces se llevan a casa las experiencias vividas en la UCIN en relación al dolor del recién nacido. Sin embargo, la E1 comentó que el hecho de ver sufrir a un neonato le afecta negativamente pero no manifestó nada referente a llevarse las emociones vividas durante su jornada laboral a casa:

“Realment, gairebé sempre jo ho aconseguixo, el no emportar-me els problemes a casa. Però a vegades, hi ha casos en els quals t'aboques tant, o casos tan especials, que encara que no vulguis te'ls emportes a casa. (...)” E2

“Yo creo que al final, aunque quieras ponerte una barrera o separarlo un poco, siempre te llevas algo a casa. (...)” E3

“És molt difícil (refiriéndose a no llevarse las emociones a casa) perquè tampoc ens capaciten per això. (...) És a dir, a la feina has de fer-te una

muralla però també és bo treure-ho tot, per això es busquen aquells llocs de trobada per poder desfer-te de tot això i no emportar-t'ho a casa. (...)

E4

- Estrategias de afrontamiento ante un dolor neonatal

La misma investigación, elaborada el año 2014 en Pennsylvania (EEUU) vio que, en cuanto a las estrategias de afrontamiento, por un lado, las enfermeras confiaban en tácticas de bienestar personal durante sus horas de descanso. Estas incluían ejercicio, descanso, actividades de ocio y de renovación espiritual. Y, por otro lado, observó que en el trabajo se sentían reconfortadas hablando con asociaciones de enfermeras, creyendo en su propio potencial profesional, dialogando con sus compañeras y empleando el humor, tomando descansos, ayudándose las unas a las otras, reduciendo las interacciones y centrándose únicamente en los procedimientos terapéuticos, pidiendo un cambio de unidad, asistiendo a actos conmemorativos en caso de muerte y replanteándose la pérdida con la finalidad de encontrar un significado a su trabajo. (57)

En relación a esto, un aspecto que nos llama la atención es que tres de las cuatro participantes (E2, E3 y E4) tienen formas distintas de afrontar estas situaciones. Sin embargo, solo la estrategia de la E4 se corresponde con alguna de las nombradas en el análisis realizado en Pennsylvania (EEUU). No obstante, la E1 no menciona ninguna táctica en concreto puesto que, en el ámbito laboral, no ha experimentado ninguna situación que la paralizara de tal modo que necesitara ayuda para afrontarla. Además, en su unidad el tema está tan trabajado que nunca ha visto sufrir a un neonato pudiendo evitarlo:

“(...) una de les meves maneres d’esbargir-me és fent esport, que é spot ser la menys racional, (...) Intento no pensar i esbargir-me (...) amb això supleixo els mals rotllos o tota la motxilla que et pots emportar de coses negatives.” E2

“(...) aquí aguantas un poco más el tipo (...), es muy duro (...)” E3

“(...) Des de fa uns anys ja és diferent perquè tenim una psicòloga. Fins i tot nosaltres tenim un grup (...) on pots anar per obrir-te i que elles intentin dirigir-te en aquest procés. (...)” E4

No obstante, durante las conversaciones con las informantes, nos dimos de que, en contraposición con los resultados de la investigación mencionada anteriormente, solamente una de ellas (E4) encuentra soporte en sus compañeras ante situaciones difíciles de dolor en un recién nacido. En cambio, las otras (E2 y E3) no contemplan dicha estrategia debido a las diferencias emocionales entre unas enfermeras y otras. No obstante, la E1 solamente refiere que no todas las enfermeras valoran al neonato de la misma forma:

“No. Ho parlem però no tothom és igual. Llavors no pots parlar amb tothom del mateix. No amb tothom pots expressar els sentiments. Tu pots estar feta pols i una altra dir “venga va, va, que no n’hi ha per tant. La nena ja sabíem que es moriria” o gent que sí, que t’entén perfectament però que no es vol implicar tant. (...)” E2

“No, (...) Cada una lo vive a su manera. (...)” E3

“Absolutament. (...)” E4

- Reconocimiento del trabajo emocional en la UCIN

Hochschild (1983) definió el trabajo emocional como "el trabajo que uno mismo debe hacer para inducir o suprimir sus propios sentimientos con la finalidad de mantener un semblante exterior que produzca un estado mental adecuado en los demás, en este caso el sentimiento de ser atendido en un lugar agradable y seguro". (57)

En su estudio, Cricco-Lizza R. (2014), relata que el trabajo emocional de las enfermeras en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales no se reconoce, apoya o recompensa lo suficiente teniendo en cuenta que tratan habitualmente con bebés inestables y padres ansiosos. Asimismo, lidian con la exposición a emociones contagiosas al lado de la cama, con la incertidumbre de los resultados de la atención y, a veces, con la muerte de los bebés. (57)

Durante las conversaciones mantenidas con las entrevistadas, podemos concluir que la E1 no opina sobre el tema puesto que se centra más en la formación que se proporciona a los sanitarios que trabajan en una UCIN para que estén preparados para afrontar cualquier situación relacionada con el dolor neonatal. En cambio, la E2 y la E3 corroboran lo dicho por la bibliografía consultada. No obstante, la E4 es la única que afirma que se tienen en cuenta las emociones vividas por las enfermeras en la UCIN:

“Es valoren més les tècniques que no pas els sentiments crec jo. Perquè els sentiments cadascú els gestiona com pot.” E2

“No. Se piensan que aquí los niños no mueren ni sufren y no es así. (...) Sí, claro que lo pueden estar pasando mal.” E3

“Sí, sí. Ja s’ha vist que la infermera pot estar molt afectada i per això hi ha aquest tipus de recursos d’acollida. I a més a més, també tenim a la psicòloga que, en un moment donat ens pot ajudar. (...)” E4

5.4. LA FAMÍLIA

El hecho de que un recién nacido tenga que permanecer ingresado en una UCIN provoca un impacto muy grande en su familia. Por esta razón, los padres requieren apoyo psicosocial por parte del personal sanitario ya que esto influirá en su estado emocional e, indirectamente, en el manejo del dolor que pueda padecer el neonato. De este modo, se favorece el establecimiento de una relación positiva entre el recién nacido y sus padres. (61)

Tal y como dicen Hernández NL, Rubio-Grillo MH y Lovera A. en su investigación, las enfermeras son las integrantes del equipo sanitario que más tiempo pasan al lado de los recién nacidos, por lo que deben conocer bien el contexto del recién nacido con la finalidad de *“poder abordar el cuidado desde la perspectiva integral que comprende tanto la ciencia como el arte de la enfermería”*. (62)

En esta categoría, queremos analizar cómo las enfermeras gestionan las reacciones y sentimientos de los padres ante esta situación, los beneficios que se obtienen si estos participan en el cuidado de su hijo durante el ingreso y las distintas intervenciones que se realizan para fomentar este hecho, y la relación que se establece entre los padres y el personal de enfermería. Por esta razón, hemos dividido la categoría en cuatro subcategorías: la reacción de los padres, beneficios de la participación de los padres, intervenciones enfermeras y, por último, la relación de la enfermera con la familia.

SUBCATEGORÍAS
Reacción de los padres
Beneficios de la participación de los padres
Intervenciones de las enfermeras
Relación enfermera-familia

Tabla 14. Subcategorías. Fuente: Elaboración propia.

- Reacción de los padres

La llegada de un nuevo miembro a la familia genera sentimientos de ilusión y alegría, pero cuando este tiene que ser hospitalizado en una UCIN, todo cambia. Para los familiares, y sobre todo para los padres, la situación genera una preocupación constante, produciendo sentimientos de tristeza, miedo, culpa, estrés, entre otros. Es por ello que el apoyo recibido por parte del equipo de profesionales sanitarios, concretamente por parte de las enfermeras ya que son las que pasan más tiempo al lado del recién nacido durante su ingreso, es crucial.

(61)

Durante las entrevistas realizadas, las cuatro participantes llegaron a la conclusión que dar soporte a los padres también es un procedimiento terapéutico puesto que resulta beneficioso para el neonato ingresado. Del mismo modo, las reacciones más comunes de los padres referidas por las informantes coinciden con las mencionadas por la bibliografía:

“(...) Cuando es un familiar directo, que encima tiene el desconocimiento y la impotencia de no saber si lo que le están haciendo (refiriéndose al neonato) es lo correcto o de si se podría hacer algo más, pues es algo desconcertante. La persona se siente mal. (...)” E1

“(...) De fet ja ho veus. Que se'n van angoixats.(...)” E2

“Tristeza y dolor. Yo creo que si ellos pudieran se intercambiarían obviamente. (...) Es verdad que a veces son un poco fríos (refiriéndose a los padres) y les cuesta mucho, porque el entrar en una UCI no es agradable después de un embarazo. (...). Entonces esto les genera mucho estrés y ansiedad, (...)” E3

“(...) Hem de tenir en compte que el pare està en un moment molt fràgil, però la mare encara més ja que està en un puerperi. (...)” E4

- Beneficios de la participación de los padres

La participación de los padres en el cuidado de su bebé es importante. Esta mejora la salud de los neonatos, reduce el malestar de los padres y potencia el núcleo familiar. Los padres atendiendo a su recién nacido se sienten importantes, valorados e imprescindibles, y esto disminuirá el grado de ansiedad, mejorará la satisfacción y reducirá tanto su estrés como el del neonato. (61)

Tal y como afirman tres enfermeras del Centro Neonatal del Hospital Clínico Universitario de Valencia en su artículo publicado el año 2012, se debe promover que los padres interactúen con su hijo/a y que colaboren en sus cuidados básicos desde el primer momento, como es la higiene, cambiar pañales, dar biberones, etc. De esta manera, mediante el sentimiento de participación, se fomenta su rol de padres. (61)

Del mismo modo lo afirman tres de las cuatro enfermeras (E1, E2 y E4) entrevistadas, puesto que consideran importante y provechoso que los padres sean partícipes de la cura de su bebé. Piensan que este hecho les proporciona autonomía, seguridad y tranquilidad. No obstante, la E3 menciona que es importante dar apoyo a los padres pero no habla de que estos formen parte del cuidado de su hijo/a:

“(...) Está muy bien que los empoderes (...) porque ellos a nivel de tratamiento no farmacológico pueden hacer mucho. (...) Fomentar que los padres actúen en lo no farmacológico (...)” E1

“(...) Perquè clar, nosaltres treballem amb els seus fills i a vegades, segons com, si no fas partícip a la família, aquesta es queda molt a un costat i llavors intentem això no fer-ho. (...) Doncs mira, com a infermera els dies que el toquin, que l’acariciïn, que noti el contacte de les seves mans, que li parlin. Els fas partícips i com a mínim ajuden. A ells els va bé, perquè veuen que fan alguna cosa pel seu fill, i al nadó realment també. (...) I sobretot doncs això, intentar fer-los partícips de tot; (...) no passar nosaltres per sobre dels pares sinó fer-los partícips a ells de la cura del seu nadó.” E2

“(…) una vegada es van obrir les portes als pares i es van introduir a les nostres cures es va donar un canvi tan brutal que hem vist que aquest avançament tan gran en l’excel·lència de les cures ha donat resultats. (...) Ara fa com uns 10 anys que ja es comença a parlar i ja hi ha força estudis sobre què significa el valor terapèutic dels pares dins d’un procediment dolorós. Per exemple en la prova del taló, que és un procediment pel qual tots els nadons passaran, ja s’ha vist les conseqüències que pot tenir la presència dels pares. Els pares sentiran que estan cuidant, alleujant el dolor i donant confort al seu fill. (...)” E4

Hace algunos años, se consideraba que el recién nacido era físicamente débil e inmaduro para poder apreciar la calidez de una atención humanizada, pero esto ha cambiado y sabemos que el neonato es capaz de percibir, sentir y manifestar sus emociones. Por esta razón, es importante que esté acompañado de sus padres, ya que son las personas más importantes para favorecer su evolución.

(63)

Una revisión bibliográfica, elaborada el año 2014, concluyó que cuando el bebé está separado de sus padres presenta un estrés continuo, problemas emocionales y una alteración en el desarrollo cerebral. Del mismo modo, observó que se perjudica el proceso de unión de padres-hijo. (63)

Pese a la opinión casi unánime de las entrevistadas en relación a lo beneficioso que es para los padres el participar en las curas de su bebé, estas también refieren, tal y como se menciona en las fuentes científicas, que esta participación paterna es provechosa para los neonatos puesto que cuando están cerca de sus padres, se encuentran en un estado de confort. Del mismo modo, se logra reducir su estrés, su ansiedad y, por lo consecuente, el dolor que pueda estar padeciendo:

“(…) Además, si los pones (refiriéndose a los neonatos) con los padres promueves un momento de confort, (...) Ver a un niño que lo separan de la madre, por ejemplo para una punción, y el niño llora muchísimo. Entra en un estado de disconfort increíble y lógicamente el dolor después de la punción es mucho mayor. (...) simplemente con el hecho de haberlos mantenido juntos eso se podría haber evitado. (...)” E1

“(...) veus que els nens ploren menys i se senten més reconfortats amb la mare.” E2

“Sí (respondiendo a la pregunta de si los neonatos pueden tener menos dolor si los padres están presentes).” E3

“(...) Si arriba en un estat de calma (refiriéndose al neonato) perquè ha estat amb els pares, el nivell de processament del dolor es diferent. (...) les unitats que tenen implementat aquest model (refiriéndose a incorporar a los padres en el cuidado de su bebé) tenen moltes facilitats a l'hora d'alleujar el dolor del nounat perquè es té en compte l'estrès al que pugui estar sotmès, que és molt important en el processament del dolor (...)” E4

- Intervenciones de las enfermeras

El ingreso de un recién nacido en una UCIN es un momento crítico para los padres. Es por ello que el equipo de enfermería tiene que estar disponible para informarles y favorecer que expresen sus sentimientos y emociones, atendiendo a sus demandas y resolviendo todo tipo de dudas, conversando con ellos cuando sea necesario y explicándoles cómo funciona la unidad, presentando a todo el equipo sanitario. Por lo tanto, se deben realizar distintas intervenciones con la finalidad de promover y favorecer la relación paterno-filial. (62)

Durante las conversaciones mantenidas con las cuatro enfermeras, observamos que todas sus opiniones en relación con el tema se correspondían con la bibliografía, puesto que piensan que es muy relevante que los padres estén bien informados de la evolución de su bebé y de cualquier procedimiento terapéutico y/o diagnóstico que se le vaya a realizar:

“(...) Para ellos es muy importante la información, es decir, que tú les transfieras tus conocimientos teniendo en cuenta su nivel de entendimiento. Está muy bien que los empoderes, pero tampoco se les tiene que dar la responsabilidad absoluta. (...)” E1

“Explicant com va tot, tant nosaltres com els pediatres. (...)” E2

“(...) Hay veces que sí que quieren hablar y tú tienes que estar dispuesta a ello. Y, a veces que no quieren decir nada. Tienes que adaptarte un poco a su situación para ir viendo como son, porque no todos los padres son iguales.” E3

“(...) Nosaltres els expliquem totes les expectatives, tant si hi són com si no hi són. (...) Llavors, hem de vigilar molt com ens expressem i com ens dirigim a ells. (...) és molt important que els pares estiguin informats i capacitats. (...) els he d’informar sobre què vol dir el dolor, quins són els procediments dolorosos, quines són les mesures que tenim i quines són les expectatives que han de tenir. (...)” E4

En relación a lo expuesto en esta subcategoría, para poder notificar a los padres toda la información referente a la evolución de su hijo/a, es primordial facilitarles las visitas con horarios flexibles. Del mismo modo, permitir la visita de otros miembros de la familia promueve que los padres se sientan más serenos y que se forme un ambiente de colaboración familiar. (62)

La política de puertas abiertas en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es importante para los padres. Una información continuada no sería posible si estas unidades no permitieran a los padres estar 24 horas con sus hijo/a. (63)

No obstante, quedamos sorprendidas cuando una de las informantes (E3) manifestó lo contrario a lo expuesto anteriormente. Sin embargo, las otras entrevistadas (E1, E2 y E3), durante la conversación, dejaron entrever que los padres pueden estar presentes en la unidad siempre que quieran:

“(...) Aquí en teoría las visitas están limitadas a los familiares, (...)” E3

- Relación enfermera-familia

Es necesario que la enfermera mantenga una relación cercana con la familia del recién nacido hospitalizado en la UCIN, identificando sus necesidades, reforzando sus actitudes y favoreciendo los comportamientos positivos, con la finalidad de ayudar a los padres a afrontar la situación.

Una relación terapéutica efectiva, permitirá disminuir la ansiedad y el temor de los padres, además de generar beneficios al neonato. (64)

Debido a las estancias largas en las Unidades de Cuidados Intensivos, llega a crearse un vínculo importante entre los profesionales y los padres, permitiendo que estos manifiesten cómo se sienten. (63)

Durante los diálogos mantenidos con las cuatro participantes, todas ellas reflejaron la importancia de fomentar una relación favorable con los padres del neonato:

“(...) entonces se debe trabajar conjuntamente con los padres, (...)” E1

“(...) les famílies normalment ens valoren bastant. (...) I bé, estic contenta perquè, la majoria de vegades, és un tracte molt agradable i gratificant.”

E2

“Pues un poco de apoyo. Hacerlos sentir un poco mejor dentro de lo que quepa. Intentar dar lo mejor de ti misma e intentar que tus cuidados sean los mejores y eviten el dolor. (...) Entonces yo creo que ellos también tienen que tener esta confianza en ti. (...) Es verdad que con los padres yo casi siempre me llevo muy bien e intento estar bien con ellos. (...) Yo creo que casi todas tenemos buena relación con los padres, (...) Intentamos que estén lo más cómodos posible. Les ofrecemos lo que ellos necesitan. (...)” E3

“(...) el fet d'ajudar als pares a què estiguin presents durant qualsevol procediment que se li realitzi al seu fill fomenta que s'estableixi una bona relació entre la infermera i ells. (...)” E4

6. CONCLUSIONES

La elaboración del presente estudio de investigación nos permite llegar a la conclusión que la consideración del dolor en el recién nacido como un quinto signo vital es algo ya aceptado en muchos ámbitos de la práctica asistencial en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Sin embargo, su manejo por parte del personal de enfermería aún se encuentra en vías de mejora.

Las respuestas fisiológicas y de comportamiento del neonato ante la presencia de un estímulo doloroso requieren una evaluación de carácter subjetivo. Por lo tanto, a consecuencia de la significativa variabilidad en la evaluación de las mismas entre los profesionales de enfermería, la identificación y valoración del dolor en el recién nacido resulta compleja.

Con la finalidad de aportar cierto grado de objetividad se recomienda el uso de las escalas clínicas, puesto que pretenden homogeneizar y sistematizar la valoración de la intensidad dolorosa. Deben emplearse de forma sistemática teniendo en cuenta la condición clínica del neonato. De este modo y, en caso necesario, será posible emplear las intervenciones terapéuticas más adecuadas para promover el alivio del dolor. No obstante, actualmente no se puede recomendar el uso de un instrumento clínico de valoración como ideal sobre los otros, por lo que existe una gran variabilidad de aplicación de los mismos en las UCIN.

Por un lado, en relación con las intervenciones terapéuticas aplicadas para controlar el dolor en el neonato, así como para proporcionarle confort y bienestar, se ha comprobado que la prevención y el uso de técnicas no farmacológicas constituyen el primer escalón terapéutico, ya que son eficaces para la mayoría de los procedimientos dolorosos a los que se somete el recién nacido. Entre las medidas no farmacológicas con mejor soporte científico y más aplicadas por el personal de enfermería se encuentran la administración de sacarosa, la lactancia materna, el método canguro y la contención.

Por otro, hay que mencionar que cuando las intervenciones no farmacológicas mencionadas anteriormente no son suficientes para aliviar el dolor en el recién nacido, se procede a la administración de una terapia farmacológica. Los fármacos más utilizados para tratar el dolor leve son el Paracetamol y el

Metamizol (Nolotil®) y, en casos de dolor moderado o intenso, se avala el uso de medicamentos opioides como la Morfina o el Fentanilo. Sin embargo, cabe destacar que no existe un consenso sobre qué fármaco es más conveniente emplear en el recién nacido.

Durante la realización del estudio, hemos evidenciado que la presencia de dolor en el neonato es vivida de manera única e individual por cada una de las enfermeras. No obstante, existen elementos comunes ya que todas experimentan sentimientos que activan sus mecanismos de respuesta para hacer frente y paliar esa percepción dolorosa del recién nacido.

Del mismo modo, dan mucha importancia al hecho de desarrollar unas adecuadas habilidades de comunicación puesto que son la base para establecer una buena relación de confianza con la familia del neonato, concretamente con los padres. Garantizan, tal y como dice la bibliografía, que la presencia de los padres constituye un factor esencial para atenuar el impacto que la hospitalización en una UCIN pueda generar en el desarrollo futuro de su recién nacido.

Para concluir, pese a los notables avances en el cuidado del recién nacido hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), creemos que sería importante llegar a un consenso entre los profesionales sanitarios que ejercen su labor en este servicio para unificar criterios con la finalidad de lograr un manejo universal y óptimo del dolor en el neonato.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Castaño P. La Valoración Del Dolor En Los Pacientes Preverbales: Indicadores Fisiológicos Y Conductuales Utilizados Por Las Enfermeras En Las Uci Pediátricas. Alcalá: Universidad de Alcalá [Internet]; 2017 [consultado el 22 de octubre de 2019]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=181555>
2. Fernández C, Medina I. Revisión Bibliográfica En El Manejo Del Dolor Neonatal. Revista Ene de enfermería [Internet]; 2012. [consultado el 29 de octubre de 2019]. Disponible en:
<http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/203/180>
3. Diaz Gomez. Guía Para La Valoración Y Manejo Del Dolor Dirigida Al Personal De Enfermería En La Unidad De Cuidado Neonatal Del Hospital Universitario De La Samaritana. Bogota: Universidad de la Sabana [Internet]; 2018. [consultado el 19 de noviembre de 2019]. Disponible en:
<https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/37661>
4. Aguilar Cordero M, Baena García L, Sánchez López A, Mur Villar N, Fernández Castillo R, García García I. Procedimientos No Farmacológicos Para Disminuir El Dolor De Los Neonatos: Revisión Sistemática. Madrid [Internet]; 2015 [consultado el 20 de noviembre de 2019]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n6/18revision13.pdf>
5. González V, Liliana A, Gutiérrez R, Marcela M, Pacheco B, Stella M, Soto L, Clemencia N, Sánchez P, et al. Valoración del dolor neonatal: una experiencia clínica. Colombia: Universidad de la Sabana [Internet]; 2007 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/741/74107204.pdf>
6. Avila Alvarez A, Carbajal R, Courtois E, Pertega Diaz S, Anand K, Muñoz Garcia J. Valoración clínica del dolor en unidades de cuidados intensivos neonatales españolas. Asociación española de pediatría. [Internet]; 2015 [consultado el 15 de noviembre de 2019]. Disponible en:
<https://www.analesdepediatria.org/es-valoracion-clinica-del-dolor-unidades-articulo-S1695403315003811>
7. Feixas Orellana G, Sánchez Ortiz E, Balada Ibáñez A, Cortés Albuixech R, Lamo Camino M, Arranz Betegón A. Efectividad de la sacarosa oral evaluada

- mediante la Escala NIPS de valoración del dolor y el cortisol salival neonatal. [Internet]. Nure investigación; 2019 [consultado el 1 de diciembre de 2019]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7125240>
8. Guerra Guerra C, Ruiz Cárdenas C. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. [Internet]. Colombia: Avances en Enfermería; 2008 [consultado el 21 de diciembre de 2019]. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12901/13661>
 9. Cricco-Lizza, R. The need to nurse the nurse: emotional labor in neonatal intensive care. [Internet]. Qualitative Health Research; 2014 [consultado el 21 de diciembre de 2019]. Disponible en:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.823.3978&rep=rep1&type=pdf>
 10. Barbosa M, Montanholi L, Pinto de Jesús M. Actuación de la enfermera en la unidad de terapia intensiva neonatal: entre lo ideal, lo real y lo posible. [Internet] Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2012. [Consultado el 5 de octubre del 2019]; Disponible en:
www.eerp.usp.br/rlae
 11. Gómez M. A treinta años del caso Jeffrey Lawson ¿Qué sabemos sobre el dolor en prematuros? [Internet] Avances y Desafíos para la Psicología; 2015. [consultado el 5 de octubre del 2019]. Disponible en:
<http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2019/07/Avances-y-Desafi%CC%81os-para-la-Psicologi%CC%81a-Final.pdf#page=351>
 12. Parker M, Smith M. Nursing Theories. Nursing Practice. Third edition. Philadelphia: F.A Davis Company; 2010.
 13. Kolcaba KY. A theory of holistic confort for nursing. [Internet]. Journal of advanced nursing: 1994. [consultado el 2 de enero de 2020]. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
 14. Carrillo Algarra AJ, Garcia Serrano LG, Wilches Cotrina NY, Cardenas Orjuela CM, Diaz Sánchez, IR. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enfermería global [Internet]. 2013 [consultado el 15 de enero del 2020]; 12 (4):346-361. Disponible en:
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.4.151581/153271>

15. Sánchez Castro S, Torres Moreno-Cid MD, Salamanca Castro AB. Propuesta de modelo organizativo de cuidados: Gestión por Competencias. Granada: Biblioteca Lascasas [Internet]. 2013 [consultado el 15 de enero del 2020]; 9 (3): 1-20. Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0725.pdf>
16. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 8a ed. Barcelona: Gea Consultoría; 2015 [consultado el 15 de enero del 2019]. Disponible en:
<https://www-elsevierelibrary-es.sabidi.urv.cat/pdfreader/modelos-y-teoras-en-enfermera67894>
17. Guzmán Fernández C, Malagón Martínez L. Valoración del dolor según escala de PIPP (perfil de dolor en infantes prematuros) en el departamento de neonatología, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, en el período agosto, 2018- enero, 2019. República dominicana: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña [Internet]. 2019 [consultado el 2 de enero de 2020]. Disponible en:
<https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/1367>
18. Sepúlveda JD. Definiciones y clasificaciones del dolor. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [consultado el 2 de enero del 2020]; 23(3). Disponible en:
<https://arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>
19. Avila Alvarez A, Carbajal R, Courtois E, Pertega Diaz S, Kanwaljeet JS, Muñoz Garcia J. Valoración clínica del dolor en unidades de cuidados intensivos neonatales españolas. Asociación Española de Pediatría; 2015 [consultado el 6 de diciembre de 2019]. Disponible en:
<https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403315003811>
20. Bárcena Fernández E. Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. [Internet]. Madrid; 2014 [consultado el 20 de octubre del 2019]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000200005
21. Narbona López E, Contreras Chova F, García Iglesias F Miras Baldo MJ. Manejo del dolor en el recién nacido. Unidad Clínica de Gestión Hospital Universitario San Cecilio. Granada [Internet]; 2008 [consultado el 22 de octubre del 2019]. Disponible en:

- <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/49.pdf>
22. Rodríguez Hernández I, Fajardo Villarroel A, Peña Jiménez M. Rol del enfermero en las etapas de evaluación, valoración e intervención del dolor en niños. [Internet]. Revista Habanera de Ciencias Médicas; 2016 [consultado el 6 de noviembre del 2019]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2016/hcm163i.pdf>
23. Gallegos Martínez J, Salazar Juárez M. Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. [Internet]. Enfermería neurológica. México; 2010 [consultado el 25 de octubre de 2019]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101h.pdf>
24. Guzmán Fernández CC, Malagón Martínez LJ. Valoración del dolor según escala de PIPP (perfil del dolor en infantes prematuros) en el departamento de neonatología, hospital infantil Dr. Robert Reid Cabral, en el período agosto, 2018- enero, 2019. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña: República Dominicana [Internet]; 2019 [consultado el 19 de enero de 2020]. Disponible en:
<http://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/1367/Valoración%20del%20dolor%20según%20escala%20de%20PIPP%20%28perfil%20de%20dolor%20en%20infantes%20prematuros%29%20en%20el%20departamento%20de%20neonatolog%C3%ADa%2c%20Hospital%20Infantil%20Dr.%20Robert%20Reid%20Cabral%2c%20en%20el%20per%C3%ADodo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Cherchi Pepe MS. Pain and stress assessment and treatment in newborns admitted to the neonatal intensive and intermediate care units. [Internet]. Santander; 2016 [consultado el 6 de noviembre de 2019]. Disponible en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8843/CherchiPepeMS.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
26. Vidal MA, Calderón E, Martínez E, González A, Torres LM. Dolor en neonatos. [Internet]. Madrid; 2015. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462005000200006&script=sci_arttext&tlng=pt
27. González Fernández CT, Fernández Medina I. Revisión bibliográfica en el manejo del dolor neonatal. [Internet]. ENE Revista de Enfermería. España; 2012 [consultado el 2 de octubre del 2019]. Disponible en:

- <http://www.index-f.com/ene/6pdf/6304.pdf>
28. Gómez Gómez, M, Danglot Banck C. Dolor en el niño recién nacido hospitalizado. Revista mexicana de pediatría [Internet]. 2007 [consultado el 2 de octubre del 2019]; 74(5), 222-229. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2007/sp075f.pdf>
29. Salas Fernández G. Manejo del dolor producido por procedimientos invasivos en niños/as. Universidad de Jaén. Facultad de ciencias de la Salud [Internet]; 2015 [consultado el 2 de octubre de 2019]. Disponible en:
http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1753/1/TFG_Gemma_Salas_Ferndez.pdf
30. Raffaelli G, Cristofori G, Befani B, De Carli A, Cavallaro G, Fumagalli, M, Mosca, F et al. EDIN scale implemented by gestational age for pain assessment in preterms: a prospective study. BioMed research international [Internet]; 2017. [consultado el 3 de octubre de 2019]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/313477685_EDIN_Scale_Implemented_by_Gestational_Age_for_Pain_Assessment_in_Preterms_A_Propective_Study
31. Pozo Huanca A, Vera Faustino G. La efectividad de la escala Susan Givens Bell para medir la confiabilidad, rapidez y el nivel de intensidad del dolor en neonatos hospitalizados. [Internet]. Universidad Norbert Wiener. Perú; 2019 [consultado el 20 de diciembre del 2019]. Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2812/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Pozo%20Aurelia%20-%20Vera%20Gina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Fernandez Jonusas S, Funes S, Galetto S, Herrera S, Juárez E, Lew A, Scaramutti MI, Sorraire M. et al. Manejo del dolor en Neonatología. Sociedad Argentina de Pediatría [Internet]; 2019 [consultado el 3 de enero del 2020]. Disponible en:
https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_manejo-del-dolor-en-neonatologia--89.pdf
33. Muñoz Cárdenas J. Revisión Sistemática sobre la Validez y el Uso de las Escalas de Valoración del dolor en el Recién Nacido Hospitalizado. Madrid [Internet]; 2018 [consultado el 3 de enero de 2020]. Disponible en:

- https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685027/munoz_cardenas_juantfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Blázquez Martínez L. Métodos no farmacológicos de prevención del dolor agudo en el paciente neonato. Universidad de las Islas Baleares [Internet]; 2016 [consultado el 3 de febrero de 2020]. Disponible en:
https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4190/Blazquez_Martinez_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Díaz Gómez NM. Prevención del dolor en el recién nacido. Intervenciones no farmacológicas. Anales de pediatría continuada. [Internet]. 2010 [consultado el 2 de febrero del 2020]; 8(6), 318-321. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/N_Marta_Diaz-Gomez/publication/257684286_Preencion_del_dolor_en_el_recien_nacido_Intervenciones_no_farmacologicas/links/5c2412eea6fdccfc706b16c5/Prevencion-del-dolor-en-el-recien-nacido-Intervenciones-no-farmacologicas.pdf
36. Naváez Tamayo MA. Tratamiento del dolor en niños. Educación medica continua: Hospital materno infantil de la caja nacional de salud. La Paz-Bolivia [Internet]. 2010 [consultado el 6 de febrero del 2020]; 49 (1): 66-74. Disponible en:
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v49n1/a15.pdf>
37. Preciado Erro A. Valoración del dolor en neonatos: Propuesta de un modelo de registro en la Unidad de Neonatología del complejo hospitalario de Navarra. Escuela universitaria de estudios sanitarios (TFG); 2013 [consultado el 6 de febrero del 2020]. Disponible en:
<http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8035/Grado%20Enfermeria%20Amaia%20Preciado.pdf?sequence=1>
38. Bernadá M. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. Archivos de Pediatría del Uruguay [Internet]. 2013. [consultado el 4 de febrero del 2020]; 84(2), 143-145. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492013000200011&script=sci_arttext

39. Luna Castaño, P. La valoración del dolor en los pacientes preverbales indicadores fisiológicos y conductuales utilizados por las enfermeras en las UCI Pediátricas. [Tesis]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2017. [consultado el 2 de febrero del 2020]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=181555>
40. Vademecum. Centro colaborador de la administración nacional de medicamentos, alimentos y tecnología médica. ANMAT: Argentina [Internet]; 2012. Disponible en:
<https://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/i002.htm>
41. Efectividad de Medicamentos en Neonatología. Dirección general de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo: Comunidad de Madrid [Internet]; 2007 [consultado el 4 de febrero del 2020]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009161.pdf>
42. Pérez Rivera P. Valoración clínica del dolor en el recién nacido (TFG). Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería [Internet]; 2017. [consultado el 10 de febrero del 2020]. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24702/TFG-H955.pdf?sequence=1>
43. Pabón-Henao T, Pineda-Saavedra L-F, Cañas-Mejía O-D. Fisiopatología, evaluación y manejo del dolor agudo en pediatría. *Salutem Scientia Spiritus* [Internet]. 2015. [consultado el 4 de febrero del 2020]; 1(2):25-37. Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-994909>
44. Pediamécum AEP. Fentanilo [Internet]; 2015 [consultado el 4 de febrero del 2020]. Disponible en:
<https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/fentanilo>
45. Salamanca Castro A.B. El aeiou de la investigación en la enfermería. 2ª ed. Madrid: FUDEN; 2018.
46. Berenguera Ossó A, de Sanmamed Santos MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rofríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Primera edición. Barcelona: IDIAP J. Gol; 2014.

47. González V, Liliana A, Gutiérrez R, Marcela M, Pacheco B, Stella M, Soto L, Clemencia N, Sánchez P, Cristina I. Valoración del dolor neonatal: una experiencia clínica [Internet]. Universidad de La Sabana. Colombia; 2007 [consultado el 3 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74107204.pdf>
48. San Juan Orte L. Manejo enfermero del dolor neonatal. Revisión bibliográfica. [Internet]. Universidad de Valladolid; 2015 [consultado el 2 de enero de febrero del 2020]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/11925/TFGH277.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
49. Pérez Villegas R, Villalobos Alarcón E, Aguayo García K, Guerrero Faquiez M. Valoración y estrategias no farmacológicas en el tratamiento del dolor neonatal. Revista Cubana de pediatría [Internet]; 2006 [consultado el 16 de enero de 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000300008
50. Zabala Vega CD. Manejo no farmacológico del dolor en recién nacidos mediante un plan de cuidado de enfermería en un hospital de Tunja. Universidad de la Sabana: Bogotá [Internet].; 2018 [consultado el 20 de enero de 2020]. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/33701/15.%20Proyecto%20CDZV%20-%20Manejo%20no%20farmacológico%20RN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
51. Sierra Gago S. Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor en los recién nacidos. [Internet]. Vitoria-Gasteiz; 2016 [consultado el 18 de enero de 2020]. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19313/Sierra%20Gago%2c%20Silvia_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
52. Amat Giménez MI, Valle Torres E. Método Canguro y Lactancia Materna en una UCI Neonatal. Desenvolupament infantil i atenció precoç: Revista de l'Associació catalana d'atenció precoç [Internet] 2012 [consultado el 2 de marzo de 2020]; (33): 1-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3929274>

53. Mejía Trujeque A, Pat Catzim LC, Pérez H, May Uitz S. Cuidado del dolor en el neonato: eficacia de la leche materna o sacarosa. [Internet]. Rev. Iberoam. Educ. Investi; 2019 [consultado el 15 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/317/cuidado-del-dolor-en-el-neonato-eficacia-de-la-leche-materna-o-sacarosa/>
54. Romero H, Artemo García C, Paul Galindo J. Manejo del dolor en neonatos hospitalizados. [Internet]. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Bogotá. Colombia; 2015 [consultado el 20 de enero de 2020]. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/614/650>
55. Lemus Varela ML, Sola A, Golombek S, Baquero H, Borbonet D, Davila-Aliaga C et al. Consenso sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor y el estrés en el recién nacido [Internet]. Rev. Panamá Salud Pública; 2014 [consultado el 20 de enero de 2020]. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v36n5/348-354/es>
56. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de documentos sobre el dolor persistente en niños: directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2012 [consultado el 23 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77943>
57. Cricco-Lizza R. The Need to Nurse the Nurse: Emotional Labor in Neonatal Intensive Care [Internet]. Qualitative Health Research; 2014 [consultado el 2 de marzo de 2020]; 24(5): 615–628. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.823.3978&rep=rep1&type=pdf>
58. Barbosa M, Montanholi L, Pinto de Jesús M. Actuación de la enfermera en la unidad de terapia intensiva neonatal: entre lo ideal, lo real y lo posible. [Internet]. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2012. [Consultado el 28 de enero del 2020]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
59. Ahern K, Lewis SL. Exploring NICU Nurses' Affective Responses to End-of-Life Care. Advances in Neonatal Care; 2017 [Consultado el 17 de marzo del 2020]; 17(2): 96-105. Disponible en:

<https://www.ingentaconnect.com/content/wk/anc/2017/00000017/00000002/art00010>

60. Hernández NL, Rubio Grillo MH, Lovera Montilla A. Estrategias para el cuidado del desarrollo neonatal y el cuidado neonatal centrado en la familia. [Internet]. Universidad del Valle: Colombia; 2015 [consultado el 25 de febrero del 2020]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072016000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=es
61. Utrilla Rojo AC, Sellán Soto MC, Ramos Cruz A, Mateo Martínez G. The Relationship Nurse-Parents-Newborn from the Nurse Perspective. [Internet]. Revista cubana de enfermería; 2018 [consultado el 25 de Febrero del 2020]. Disponible en:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2402/370>
62. Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones AB, Gómez Prats S. Enfermería neonatal. Cuidados centrados en la familia. [Internet]. Revista científica del Colegio Oficial de enfermería. Valencia; 2012 [consultado el 25 de febrero del 2020]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3965939>
63. Olmo Castilla J. Percepciones de los padres y profesionales de la salud y recomendaciones de organizaciones sobre la estancia de los padres en las unidades de cuidados intensivos neonatales. [Internet]. Universitat de les Illes Balears; 2014 [consultado el 25 de Febrero del 2020]. Disponible en:
https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4175/Olmo_Castilla_Jessica_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
64. Sifuentes Contreras A, Parra FM, Marquina Volcanes M, Oviedo Soto S. Nursing personnel's therapeutic relationship with the parents of newborns in the newborn intensive care unit. [Internet]. Enfermeria global; 2010 [consultado el 25 de febrero del 2020]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200014

8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1: CRONOGRAMA

Actividad	2019			2020					
	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
1ra entrega (justificación)									
2da entrega (diseño)									
3ra entrega (trabajo)									
Búsqueda bibliográfica									
Objetivos y metodología									
Marco teórico									
Entrevistas									
Transcripción de entrevistas									
Análisis y discusión									
Conclusión									
Preparación Power Point									
Defensa									

Tutoría 1									
Tutoría 2									
Tutoría 4									
Tutoría 5									
Tutoría 6									
Tutoría 7									
Tutoría 8									
Tutoría 9									
Tutoría 10									
Tutoría 11									
Tutoría 12									
Tutoría 13									
Tutoría 14									
Tutoría 15									
Tutoría 16									

8.2. ANEXO 2: HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA INFORMATIVA PARA EL/LA PARTICIPANTE

Estimado/a,

Somos Mireia Segurado y Meritxell Garcia, estudiantes de último curso del Grado de Enfermería en la Universitat Rovira i Virgili (URV) de Tarragona, nos ponemos en contacto con usted para solicitar su colaboración en nuestro trabajo de final de grado que trata sobre el dolor neonatal.

Actualmente, la forma más aceptada internacionalmente para hablar del dolor es usando la definición que en su día elaboró la IASP (International Association for the Study of Pain) y que lo conceptualiza como una “experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”, interpretándolo siempre como algo de carácter subjetivo. Ahora bien, esta última característica supone una barrera en algunos casos, como en el manejo adecuado del dolor en neonatos. Es por ello, que hemos decidido realizar el Proyecto de Final de Carrera sobre este tipo de dolor. Para desarrollar el estudio hemos decidido realizar entrevistas semiabiertas a enfermeras que traten día a día con este tipo de dolor con la finalidad de averiguar cómo lo identifican, valoran y tratan, además de saber qué sentimientos les genera, ya que este tiene un gran impacto en numerosos ámbitos de la vida.

Por este motivo, se le invita a participar como informador respondiendo a preguntas abiertas en este trabajo. La entrevista será gravada y posteriormente transcrita, y en el trabajo se incluirá en el apartado de anexos juntamente con este acuerdo de confidencialidad firmado por la persona entrevistada y nosotras mismas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haberle informado sobre el procedimiento que queremos realizar, pedimos su autorización de forma totalmente voluntaria.

Tal y como dicta la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, nosotras nos comprometemos a no divulgar el nombre de las participantes, así como cualquier información personal que pueda identificarlas. Por lo tanto, se mantendrá el anonimato en la transcripción de la entrevista utilizando una calve identificativa para cada informadora.

La persona entrevistada es libre de participar y puede revocar este consentimiento en cualquier momento y, por lo tanto, dejaría de formar parte del estudio de forma inmediata. Así mismo, puede negarse en todo momento a responder alguna de las preguntas planteadas o incluso a interrumpir la entrevista, sin expresar la causa o el motivo.

Teniendo en cuenta la información que he recibido de forma escrita y la resolución de cualquier duda que me haya podido surgir yocon DNI..... doy mi consentimiento de forma voluntaria a Mireia Segurado con DNI 47763222-L y a Meritxell Garcia con DNI 77789585-C para que se me realice la entrevista y que esta sea gravada en audio, respetando la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Para cualquier duda o aclaramiento puede contactar con nosotras mediante estas direcciones electrónicas: merigarbal@gmail.com (Meritxell Garcia) y mireiayaiza22@gmail.com (Mireia Segurado)

Firma del entrevistado

Firma de las entrevistadoras

En....., día de de 2020

8.3. ANEXO 3: GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

SENTIMIENTOS

¿Cuál es, según tu opinión, la palabra que mejor define cómo te sientes al ver que un neonato tiene dolor?

¿Cuáles son tus estrategias para no llevarte a casa las emociones y/o experiencias vividas en el trabajo?

¿Crees que se tienen en cuenta los sentimientos que experimentan las enfermeras que ejercen su labor profesional en una UCIN?

EXPERIENCIAS

¿Tienes alguna experiencia desagradable en este tema?

¿Y alguna experiencia satisfactoria?

FAMILIA Y ENTORNO

¿Cuál es el vínculo que estableces con los padres del bebé?

¿Qué rol crees que ejerces como enfermera para los padres del recién nacido?

¿Si ves a un padre y/o madre mal, te acercas a preguntarle qué le pasa? Intentas explicarles siempre la situación por la que está pasando su bebé? O únicamente cuando este está más mal clínicamente?

¿Cómo definirías la relación que tienes como enfermera con la familia del neonato?

¿Utilizas algún tipo de intervención con los familiares del bebé? Si es así; ¿cuál?

¿Crees que es importante que los padres estén con su recién nacido cuando este se encuentre hospitalizado en una UCIN? ¿Qué beneficios puede comportar esto en relación al dolor neonatal?

¿Consideras que los padres están bien informados sobre lo que le ocurre a su bebé o piensas que en ciertas ocasiones se intenta maquillar el pronóstico para no dañarles?

¿Cómo se sienten los padres al pensar que su hijo/a pueda estar pasando dolor?

FORMAS DE VALORACIÓN E IDENTIFICACIÓN

¿A la hora de identificar y valorar el dolor en un recién nacido, cómo lo haces?

¿Cuáles son los indicativos que te guían?

¿Para ti, en la identificación del dolor neonatal, prevalecen más los parámetros objetivos (FC, FR, SatO₂) o los subjetivos del bebé (llanto, expresión facial, movimientos corporales)?

¿Sueles utilizar escalas clínicas de valoración del dolor? Si es así, ¿cuáles y cada cuánto las aplicas?

TRATAMIENTO

¿Cuándo un recién nacido tiene dolor, cuál es el tratamiento de elección?

¿Que fármacos de elección usas para tratar el dolor neonatal?

¿Usas también terapias no farmacológicas? Si es así, ¿cuáles?

PREVENCIÓN

¿Tienes contemplada la prevención del dolor en el neonato?

8.4. ANEXO 4: TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA A LA E1

Buenas tardes, somos Mireia Segurado y Meritxell Garcia y somos estudiantes de 4º curso del Grado de Enfermería del Campus Catalunya en la Universitat Rovira i Virgili (URV) de Tarragona, y estamos realizando el Proyecto de Fin de Grado sobre el Dolor Neonatal, en concreto queremos tratar e investigar cómo se identifica, se valora y se maneja el dolor en un bebé desde el nacimiento hasta los 28 primeros días de vida, y las experiencias y sentimientos de las enfermeras sobre el tema.

Por eso, hoy tenemos con nosotras una enfermera especialista en el tema. Bienvenida.

Muchas gracias

¿Te puedes presentar un poco y empezamos con la entrevista?

Bien, mi nombre es L. B. y soy Enfermera Pediátrica. He tenido la experiencia de trabajar con neonatos durante más de diez años y medio en la UCI Neonatal (UCIN) de (...) y, además, también he estado en la UCI Pediátrica. A parte de estar trabajando a nivel asistencial en la UCIN también ejerzo como docente en la Universitat Rovira i Virgili, en el área de gestación e infancia. Llevo también la asignatura optativa del niño hospitalizado con una temática muy centrada en el neonato y luego, a nivel de investigación, tanto mi Tesis Doctoral como el resto de investigaciones que estoy realizando van centradas a nivel neonatal, con lo cual es un tema que conozco de cerca. También comentar que formo parte de la junta de la SENS (Sociedad Española de Enfermería Neonatal) y también por esta vía hay información que comparto a nivel nacional con el resto de compañeros que trabajan en unidades neonatales de otros hospitales.

Espero servirlos.

Muy bien. Pues empezando con la entrevista, ¿cómo llevas a cabo la valoración y la identificación del dolor en el neonato?

Para poder identificar el dolor de un neonato existen dos componentes básicos; uno sería toda la parte del comportamiento verbal y no verbal. El verbal lógicamente no me refiero a frases hechas, puesto que no saben hablar, pero sí

que hablo de la gesticulación, el tema del llanto, el gemido, el quejido, que sí que son formas de expresión para el neonato. Y luego tenemos otro parámetro básico, las constantes vitales del niño; la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación ya que también puede haber una desviación de la misma, pero sobretodo, la temperatura que también es una constante que nos puede indicar cuando un niño tiene un dolor marcado y un dolor mantenido, que se registra como estrés. El estrés, mantenido en el tiempo puede ser interpretado por parte del neonato como dolor y, por lo tanto, también puede influir en el tema de la temperatura. Si no se atiende a un niño con un llanto vigoroso, si no se trata, va a pasar a estar sudoroso, a tener calor, también le cambiará la coloración a una rubicunda, dependiendo de la edad gestacional o los días desde el nacimiento. Con lo cual, los más importantes son estos dos parámetros, tanto el ojo clínico de la enfermera a la hora de hacer una buena valoración del comportamiento verbal y no verbal, como las constantes vitales o características clínicas y físicas del niño.

Y entonces, para afirmar que el neonato tiene dolor, ¿usas alguna escala?

Es cierto que todos podemos interpretar de alguna manera el dolor y como persona humana también tienes unos conceptos básicos, pero sí que como profesional te debes ceñir a pasar algún tipo de escala. Existen diferentes escalas neonatales, muchas, pero es cierto que cada centro tiene como protocolo alguna en concreto. A día de hoy casi todas las unidades neonatales utilizan el sistema informático para el registro de los parámetros, incluido el dolor. Es verdad que no hay una unificación, una única escala a nivel nacional para valorar el dolor, pero sí que las más utilizadas son la escala PIPP y la escala BIIP, cuando hablamos de neonato prematuro. Estas dos están bastante unificadas y se utilizan, y lógicamente están medidas en el sistema informático. Si no hay sistema informático, sí que es verdad que, aunque sea en papel, se debería también de aplicar. Porque, aunque tú lo valores, afirmes que el neonato tiene dolor y actúes igualmente, si no hay un registro, no hay unificación de criterios, ¿no? Porque entonces no estamos valorando a todos los neonatos de la misma forma y cuando yo digo que un niño puede tener un dolor leve, después resulta que para otra persona es un dolor fuerte y el fármaco o la opción de tratamiento es distinta, con lo cual si unificamos el criterio de valoración, también

unificamos el tratamiento. ¿Unificamos la prevención y la registramos, ¿no? Que es vital para que realmente se justifique también la acción, el porqué hacemos una cosa o hacemos otra. Por lo tanto, pienso que es de vital importancia utilizar las escalas y sí, se utilizan. Yo concretamente, a nivel asistencial, las que más he utilizado son la escala BIIP, la escala PIPP y también la escala CHIP, que es también la que se utiliza de 0 a 3 años, aunque el ámbito neonatal también lo contempla, pero no es tan específica.

¿Y con qué temporalidad las usáis?

Va a depender del estado del niño, entonces, por ejemplo, en un niño crítico yo te diría que se pasa cada hora, lo que es el registro. Aunque constantemente lo estas valorando porque normalmente cuando estas con un niño crítico sueles llevar uno o dos pacientes como mucho. Si el niño lleva sedoanalgesia se debería valorar cada hora. Es verdad que luego se va espaciando y el protocolo está marcado entre cuatro y seis horas. Y luego, por ejemplo, pues no sé, en un postoperatorio de un niño al que le han hecho una intervención leve o una cirugía ambulatoria, pues normalmente se tiene que medir cuando recibes al niño, y como protocolo estándar pues sería a las cuatro horas y hasta las 48 horas. Ahora yo sí que te diría que las primeras dos horas se miraría continuamente. Además, también depende del fármaco que le des. Por ejemplo, primero se valora primero si tiene dolor y después de dar el fármaco también valorarás si continúa teniendo o no. Entonces no te vas a esperar a las 4 horas. Cuando yo te hablo de estas 4 o 6 horas de margen, estamos hablando de niños que no tienen dolor, que se va evaluando por si apareciera. En niños que sí que lo tienen, lo tratas. Una medicación endovenosa a los 15-20 minutos máximo tiene que haber hecho efecto, entonces vuelves a pasar la escala y valoras cómo está el niño. Con una medicación oral ya tardamos más, normalmente entre 45-60 minutos. Si hablamos de una medicación tópica, la que más utilizamos nosotros es la EMLA que la ponemos normalmente para prevenir, pues media hora para que haga el efecto. No vas a poder realizar, por ejemplo, una punción lumbar hasta que no haya pasado esa media hora. O si pones un anestésico local, una lidocaína para una punción concreta, a lo mejor es más rápido ya que es una inyección subdérmica. Entonces va un poquito en función del fármaco que pones

y, igual que tú lo valoras, también deberíamos registrarlo cada vez que lo valoramos.

A nivel de farmacológico, ¿cuál es el tratamiento de elección?

Yo te respondo que lo ideal es que no tenga dolor. No esperar a que tenga dolor. Entonces yo te diría que la prevención del dolor es el tratamiento más idóneo y más eficaz para que el umbral del dolor no llegue a un nivel muy alto y no se mantenga en el tiempo. El problema que tienen estos bebés es que tienen un sistema inmaduro. Un prematuro aún lo tendrá más inmaduro. El sistema nervioso central está inmaduro y su sistema de regulación del dolor también, con lo cual, ellos perciben y manifiestan el dolor de una forma muy variada y no siempre totalmente cierta. Entonces, lo que vamos a tener que trabajar muy bien es el prevenirlo, porque después ellos ya no son capaces de sentir alivio como nosotros con un tratamiento adecuado. Lógicamente, si hay una sedación el paciente se queda inmóvil. Se queda totalmente anestesiado. Pero hasta llegar ahí, debemos empezar por lo que sería la escala del tratamiento del dolor. Entonces en relación con la escala del tratamiento del dolor os paso aquí unos documentos con todos los fármacos. Por lo tanto, lo primordial es evitar el dolor. ¿Y qué vamos a realizar para evitarlo? Medidas farmacológicas y medidas no farmacológicas. Las medidas no farmacológicas son las relacionadas con lo que sería el confort del bebé. El proporcionarle al niño tal estado de confort que su umbral de bienestar sea alto y, aunque tú después le provoques un mínimo dolor, no suba tanto su umbral de dolor y cueste menos volverlo a un umbral estable o de no dolor. Como por ejemplo el tema de la contención, el no hacer un procedimiento brusco. Primero despertarlo tocándolo muy suavemente. Yo siempre digo que trabajando en el ámbito de la pediatría, y sobretodo con neonatos, inviertes mucho tiempo en la preparación de un procedimiento que luego va a ser súper rápido. Pero merece la pena porque si no gastas ese tiempo previo, empiezas rápido pero el seguimiento es un desastre y tardas mucho más. Incluso a veces es necesario volverlo a repetir. Encima al niño le estás causando una situación de dolor que podrías haber evitado perfectamente. Con lo cual es una mala praxis en toda regla, una negligencia. Entonces lo más importante es la prevención. Hablamos de la contención, hablamos de que estén los padres siempre que sea posible, y no solo presentes sino a través del contacto físico, a

poder ser en brazos aún mejor. Usar aportes dulces, como la sacarosa o la lactancia materna. Es verdad que hay mucha discusión entre si lactancia materna o sacarosa porqué ha habido un mal uso de este. Para la sacarosa existe un protocolo de administración, unas dosis adecuadas por peso y por semanas de gestación. La sacarosa es híperosmolar, entonces claro, si no das la dosis adecuada, para que se quede debajo de la lengua y se absorba de manera sublingual, y das más cantidad, se va al estómago y esto repercute en unas complicaciones enterales. El mal uso ha hecho que haya gente que se esté planteando utilizar solo leche materna y no utilizar sacarosa. Cuando la hay no hay problema, porqué es verdad que la leche materna, además de tener un componente dulce, no hace ningún daño a nivel enteral y encima posee el del vínculo con la madre, aunque no esté presente. Además, tiene ese olor que el bebé reconoce. Con lo cual, si el bebé puede tomar le daríamos leche, y si no puede tomar mojaríamos unas gasas con la leche y que la oliera. También podemos aportar un paño con el olor de la madre. Es decir, vamos a tener en cuenta todas las manipulaciones o procedimientos que aumenten el confort del bebé para prevenir el dolor y suplir su nivel de bienestar y ese disconfort que le va a producir la técnica dolorosa.

¿Y cuando ya se ha identificado que el bebé tiene dolor?

Continuamos con lo no farmacológico.

¿Y a nivel farmacológico?

A nivel farmacológico seguiríamos la escala empezando por ejemplo por un Paracetamol o un Metamizol, no opioides. después podríamos pasar a los opioides y a la sedación profunda. Sobretudo deciros que lo que varía en el caso de un niño es el cómo administrarlos ya que son fármacos que la dosis va por peso, que se tienen que diluir y que tienen que ir en una perfusión lenta porqué el neonato tiene unas venas muy pequeñas y muy vulnerables.

Nos has hablado un poco de los protocolos y nos gustaría saber si se siguen.

Existen unos protocolos de prevención y tratamiento del dolor neonatal en las unidades, y lógicamente es un procedimiento de obligado cumplimiento. Es

decir, se debería de seguir. A ciencia cierta yo no puedo poner la mano en el fuego por nadie, porqué no siempre se siguen de forma correcta. Pero a nivel general sí. Existen protocolos y están implementados, unos mejor que otros y unos más correctos que otros.

¿Consideras que los profesionales estáis bien formados en el tema del dolor neonatal? ¿Os dan alguna facilidad para que lo estéis?

En este caso hay que leerse el protocolo y entenderlo. Hay que buscar a una enfermera referente para confirmar que el protocolo sea correcto. Entonces yo siempre recomiendo a la gente que se inicia en esto que pregunten. Habiendo un sistema informático los protocolos están a golpe de “click” en el ordenador. Entonces, siempre consultar primero. Es verdad que a veces no tienes tiempo de leerte todos los protocolos, pero el del dolor es básico. Yo no te diré que te mires el protocolo de cómo poner una sonda vesical en un neonato si el tuyo no lo necesita. Pero el del dolor es básico y siempre se debe de consultar.

¿Entonces tu dirías que el nivel formativo es más personal?

Es cierto que dentro de una unidad existen diferentes cursos a lo largo del año, y uno de ellos es el curso del dolor. Además, en la unidad donde yo he estado trabajando, existe un curso virtual que todo aquel que quiera trabajar en la unidad o vaya a trabajar en ella, debe hacer. En este curso virtual hay un apartado importante para el tema del dolor. Por lo tanto, sí que hay una formación específica y una vez al año se realizan cursos del cuidado en el desarrollo, y uno de los temas importantes sería el del dolor. Pero os repito, mínimamente revisar el protocolo y consultar dudas.

¿Cómo le influye a una enfermera el comportamiento que puedan tener unos padres al ver que su hijo está teniendo dolor?

Hombre pues influye de forma negativa. Es decir, no dejamos de ser personas y ver sufrir a alguien no es nada agradable. Cuando es un familiar directo, que encima tiene el desconocimiento y la impotencia de no saber si lo que le están haciendo es lo correcto o de si se podría hacer algo más, pues es algo desconcertante. La persona se siente mal. Porque claro, ¿qué intentan? Pues hacer algo y que tu hagas algo. Para ellos es muy importante la información, es

decir, que tú les transfieras tus conocimientos teniendo en cuenta su nivel de entendimiento. Está muy bien que los empoderes, pero tampoco se les tiene que dar la responsabilidad absoluta. Porqué claro, eres tú el profesional que debes prevenir ese dolor y trabajarlo. Se debe trabajar conjuntamente con los padres, pero siempre sin cargarles la mochila, porqué ellos a nivel de tratamiento no farmacológico pueden hacer mucho. Fomentar que los padres actúen en lo no farmacológico y, en caso de necesitar una pauta analgésica, avisar a los médicos. Ellos vienen, también lo valoran, pero eres tú la que lo identifica por primera vez. Y también a la hora de prevenir tenemos un rol muy autónomo. Trabajar en equipo, tanto con la familia como con los profesionales de la unidad.

¿Nos podrías contar alguna experiencia que te haya impactado en relación al dolor neonatal?

La verdad es que ahora mismo me viene el caso de una paciente ya más mayor y no neonatal. A nivel neonatal, lo más satisfactorio se da cuando tú actúas y haces algún procedimiento para evitar el dolor y ves que a pesar de realizar una técnica dolorosa, el paciente apenas nota cambios. Entonces algo satisfactorio para mí es eso, ver que mi actuación ha ido bien y que realmente ha sido productiva. Que todo el tiempo que he invertido en prepararlo ha merecido la pena. Ver una cara flácida, unas manos tranquilas. Además, si los pones con los padres promueves un momento de confort. Piensa que poner un catéter epicutáneo cava, que es una vía central periférica, tanto se puede hacer en cinco minutos, como invirtiendo una hora y media en prepararlo todo, pero luego en cinco minutos lo tienes. Para mí lo más satisfactorio es eso, ver que todo lo que hago va en beneficio del paciente, logrando que esté lo más confortable posible. Como momento desagradable no me viene ahora ninguno. Pero es que yo he tenido la gran suerte de estar en una unidad donde el tema del dolor neonatal estaba muy trabajado. Entonces no he tenido la ocasión de ver a un niño sufrir pudiendo evitarlo. Pero sí que lo he visto en otras unidades o en otros sitios. Ver a un niño que lo separan de la madre, por ejemplo, para una punción, y el niño llora muchísimo. Entra en un estado de disconfort increíble y lógicamente el dolor después de la punción es mucho mayor. Eso sí que lo he visto y lo he vivido de una manera muy desagradable, porqué simplemente con el hecho de haberlos mantenido juntos eso se podrías haber evitado. Entonces esto sí porqué sentí

impotencia porqué desde la perspectiva que lo viví no podía hacer nada ya que fue como familiar o acompañante. O como profesional, pero no tenía potestad para poder decir nada. Entonces esto siempre lo he vivido con mucha impotencia y rabia.

¿Qué sentimiento te genera el el ver que un neonato está sufriendo?

Para mí, yo te diría impotencia y rabia si no puedo hacer nada, cuando es otro profesional que lo hace y no tengo potestad para poder hacer algo. Y si llevo yo al paciente, me genera inquietud y entonces ¿qué tengo que hacer? ¡Pues actuar! Entonces si tuviera que poner un adjetivo sería inquietud, pero no es una emoción negativa porqué a veces pasa por mucho que lo prevengas ya que hay procedimientos que son dolorosos. Entonces me genera inquietud por ver realmente qué es lo que pasa y tratarlo lo antes posible.

¡Muy bien! ¿Te gustaría comentar algo más?

¡Sí! Que os felicito por vuestro trabajo. Pienso que es muy importante y que hacer una valoración cualitativa de las percepciones de la enfermera es genial. Porqué yo os he dicho que sí que existen protocolos a nivel nacional porqué estoy en la posición que estoy ahora mismo y lo conozco. Pero si lo preguntáis a otras enfermeras a lo mejor muchas los desconocen, con lo cual considero que trabajos como el vuestro son importantes para unificar criterios, y sobretodo para que luego hagáis transferencia, que no solo quede en vuestra nota del Trabajo de Fin de Grado. Que después lo podáis presentar en congresos, hacer incluso alguna publicación, para que a todo el mundo le llegue. Realmente a la gente lo que le falta es activarse. Y que bueno, ¡qué muchas gracias!

Muchísimas gracias a ti. Ha sido de gran ayuda.

8.5. ANEXO 4: TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA A LA E2

Hola, buenos días. Somos Meritxell Garcia y Mireia Segurado, estudiantes de 4º de Enfermería y realizamos nuestro Trabajo de Final de Grado sobre el Dolor Neonatal, tal y como te hemos estado comentando. Es por esta razón que nos gustaría hablar contigo sobre el tema. Si te quieres presentar un poco y empezamos...

Sóc una infermera de la UCI Neonatal. Fa més de 25 anys que són infermera. Al principi de la meva carrera professional vaig estar en diferents àrees de l'hospital però després ja vaig entrar a la UCI Neonatal i hi he estat força anys. He tornat a marxar, he anat a Maternitat i ara fa una 4 o 5 anys que torno a ser aquí.

Doncs bé, comencem amb el tema dels sentiments. Quina seria, segons la teva opinió, la paraula que definiria millor com et sents quan veus que un bebè de la UCI Neonatal té dolor?

Angoixa.

I llavors, quines estratègies utilitzes tu per no emportar-te a casa tot el viscut aquí? Ja que a vegades, les infermeres, viviu situacions difícils, és a dir, que no són gaire bones.

Realment, gairebé sempre jo ho aconseguixo, el no emportar-me els problemes a casa. Però a vegades, hi ha casos en els quals t'aboques tant, o casos tan especials, que encara que no vulguis te'ls emportes a casa. Llavors, una de les meves maneres d'esbargir-me és fent esport, que és pot ser la menys racional, no? Intento no pensar i esbargir-me i... ja està, amb això supleixo els mals rotllos o tota la motxilla que et pots emportar de coses negatives.

I a l'hospital, amb les companys/es, com ho feu? Teniu alguna manera de donar-vos suport les unes a les altres?

No. Ho parlem, però no tothom és igual. Llavors no pots parlar amb tothom del mateix. No amb tothom pots expressar els sentiments. Tu pots estar feta pols i una altra dir "venga va, va, que no n'hi ha per tant. La nena ja sabíem que es moriria" o gent que sí, que t'entén perfectament però que no es vol implicar tant. Inclús en una mateixa persona, en diferents etapes de la seva vida, el mateix cas et pot afectar de diferents maneres, no? O sigui que intentes trobar sempre les companyes que són més afins a tu i intentes compartir-ho. Però a vegades és molt difícil. Amb el dolor intentem solucionar-ho però en cas de mort, de mals tràngols i de males notícies realment és difícil, a vegades, portar-ho.

Per una banda, quin rol creus que tu exerceixes com a infermera pels pares del nadó que està ingressat a una UCI Neonatal?

Jo crec que el rol de la infermera ha canviat molt. Abans estava molt supeditada al metge i ara tenim força importància en l'equip i les famílies normalment ens valoren bastant. Som les auxiliars i les infermeres les que estem totes les hores en contacte amb familiars i nens. I bé, estic contenta perquè, la majoria de vegades, és un tracte molt agradable i gratificant.

Llavors podríem dir que tu et sents valorada per part dels pares, no?

Sí, sí.

D'altra banda, creus que es tenen en compte els sentiments que pot experimentar una infermera que treballa en una UCI Neonatal a l'hora de valorar la feina infermera? O només es tenen en compte les tècniques i procediments que es duen a terme?

Es valoren més les tècniques que no pas els sentiments crec jo. Perquè els sentiments cadascú els gestiona com pot.

Passant a parlar de la família, existeix una atenció específica per a la mateixa? Us centreu en ella?

Bé, sí. Per exemple, ara nosaltres fa uns anys que treballem amb el NIDCAP, que són les cures centrades en el desenvolupament del nadó. En el cas, per exemple, quan tenim nens prematurs. I aquesta manera de treballar fa que impliquis als pares, no?. Quan vénen no és com fa molts anys que jo havia treballat, no pas aquí sinó en altres plantes hospitalàries, que quan feies la higiene deies “surts fora que farem la higiene”, no?. Ara si ve la mare doncs “va venga, m’ajudes i ho fem entre les dues?. Va porta, per exemple, els llençols i els hi posarem” i intentar que aquell nen, que és el seu fill, ella el pugui tractar com a tal i no pas com a una pacient que és, entre cometes, propietat de la infermera i del metge. Perquè clar, nosaltres treballem amb els seus fills i a vegades, segons com, si no fas partícip a la família, aquesta es queda molt a un costat i llavors intentem això no fer-ho.

Llavors, creus que els pares és millor que estiguin amb el seu fill/a?

Sí, sí.

Penses que en relació al dolor els nens/es se senten més confortables si noten la presència dels seus pares?

Sí. Moltes vegades quan fem la prova de la detecció precoç és molt típic dir-li a la mare que es posi el nadó al pit i mentrestant fer-li la prova, que és una punxada al taló. I d’aquesta forma veus que els nens ploren menys i se senten més reconfortats amb la mare.

Els pares t'han expressat en algun moment el seu patiment o les seves sensacions negatives en relació a tenir el seu nadó ingressat a una UCI Neonatal i que aquest pugui patir dolor?

Sí, sí. De fet ja ho veus. Que se'n van angoixats. I depèn també de com vagi l'evolució del nen. Jo suposo que deu ser difícil perquè és el teu fill però en realitat no. O sigui, el teu fill està en mans d'unes altres persones. Em poso en el seu lloc i, per exemple, igual plora i l'agafaries però està ple de tubs i no el pots agafar. Llavors, què fas?. Doncs mira, com a infermera els dius que el toquin, que l'acariciïn, que noti el contacte de les seves mans, que li parlin. Els fas participar i com a mínim ajuden. A ells els va bé, perquè veuen que fan alguna cosa pel seu fill, i al nadó realment també. Més que un medicament, el contacte amb els pares fa molt.

Hi ha alguna intervenció que realitzis tu com a infermera per disminuir aquests sentiments que tenen els pares?

Explicant com va tot, tant nosaltres com els pediatres. I sobretot doncs això, intentar fer-los participar de tot; "va fem la higiene", "va ara ha de menjar". Doncs si per exemple és un nen que no menja, a l'hora del menjar dir als pares que li posin el termòmetre, que ajudin a canviar-li el bolquer. Que menja, doncs que els pares li donin el menjar. És a dir, no passar nosaltres per sobre dels pares sinó fer-los participar a ells de la cura del seu nadó.

Tens alguna experiència, tant agradable com desagradable, que t'hagi marcat en relació al dolor neonatal?

Bé, jo crec que aquí les experiències que més et marquen són o ingressos molt llargs o, per exemple, casos de nens que s'han mort. El nen és el que s'està morint però realment el dolor dels pares és una passada. I clar, és difícil perquè voldries parlar amb ells. I alguna vegada que he anat a fer un curs et diuen que simplement acompanyis, que no cal que diguis res. Però a vegades et quedes amb les ganes de dir alguna cosa a aquells pares i ho passes tan malament que de l'angoixa no pots ni parlar. Perquè clar, ells t'ho transmeten.

I tu creus que en aquell moment el nen pot estar tenint dolor?

Normalment, en aquestes situacions, els nens estan sedats i vull pensar que no.

Per parlar del tractament; quan un nadó té dolor, quin és el tractament d'elecció?

Es fa contenció. Per exemple, amb el NIDCAP ja es fa que aquests nens estiguin dins d'un niu, que estiguin continguts. Això fa que se sentin més segurs, que estiguin com a l'úter matern. Després el tapes una miqueta amb un llençolet, això també fa que estiguin més confortables. Li poses un xumet. Pots posar algun nino, robeta o alguna cosa de la mare. I, per exemple, també utilitzem sacarosa si fem alguna tècnica dolorosa. I si veus que el crio té molt de dolor ja entren els pediatres i indiquen els analgèsics i el tema de la sedació.

I l'aplicació d'analgèsics la feu en funció de la intensitat del dolor del nadó?

Normalment es posen analgèsics en dolors greus. Per exemple, per una tècnica com és posar una via no es posa analgèsia. Això dels analgèsics sempre ho porten els pediatres i llavors és més en funció del seu criteri. Nosaltres som més de mesures no farmacològiques.

I quan el pediatra ja indica un tractament farmacològic, normalment quins són els fàrmacs més utilitzats?

Paracetamol i Nolotil. I en casos més extrems, morfina. I s'hi s'ha d'intubar ja es posen bolus de sedació.

Quan vas a fer una tècnica que pot ser dolorosa pel nadó, com ho fas per a prevenir o reduir l'aparició d'aquest?

Doncs això; contenció, xumet i sacarosa.

En el moment de valorar el dolor d'un nadó ingressat a una UCIN, per quins indicadors et guies?

El plor és el típic. Un plor vigorós, molt agut, que no és consolable. I altres, doncs augment de la freqüència cardíaca, augment de la freqüència respiratòria, la sudoració del nen, que estigui molt inquiet...

Per tu, en aquesta identificació del dolor, quins tenen més importància; els paràmetres objectius o els subjectius?

Més o menys igual. Però pot ser els subjectius. Tot i que no és comú ja que normalment sempre s'intenta que no arribin a situacions d'aquestes, d'un dolor molt greu. Per exemple, si arriba un crió que ve de quiròfan ja porta la bomba d'analgèsia i els analgèsics pautats. Casos en què haguem de trucar als pediatres perquè el nen està molt desesperat i que porta mitja hora o una hora patint, això normalment no passa.

I abans de realitzar tècniques, també s'intenta evitar el dolor?

Més aviat s'utilitzen mesures no farmacològiques si és una tècnica relativament poc invasiva. Si és tema de quiròfan llavors ja sedació.

Canviant de tema, utilitzes escales de valoració del dolor?

Sí. Bé, a la UCI Pediàtrica més la EVA. I a la UCIN l'escala de les caretes la fèiem servir abans, ara no.

I amb nens que encara no puguin expressar-se verbalment?

No. N'hi ha, però ara actualment no es fan servir. Ens guiem més pels paràmetres subjectius.

Doncs això és tot, moltes gràcies.

A vosaltres.

8.6. ANEXO 4: TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA A LA E3

Buenos días, somos Meritxell Garcia y yo misma, Mireia Segurado. Realizamos el Trabajo de Fin de Grado sobre el Dolor Neonatal y es por este motivo que nos gustaría hacerte unas preguntas. Si quieres empezar presentándote...

Vale, yo soy D. enfermera de la UCI Neonatal desde hace dos años. Pero bueno, siempre he estado aquí. He tenido suerte porque me han movido poco y la verdad es que, por el poco tiempo que llevo, he visto unas cuantas cosas.

Pues, para empezar, vamos a hablar de los sentimientos que te genera el trabajar en una UCI neonatal con bebés que puedan estar teniendo dolor.

Pues dolor también. Es complicado porque quieras o no les coges cariño. Son niños que están mucho tiempo aquí. Hay muchos que están dos meses, incluso tres. Y en poco tiempo, como cada día llevas a los mismos, llegas a cogerles cariño. A ellos y también a las familias ya que interactúas mucho con ellas. Yo personalmente cuando voy a coger una vía soy de las que pincha una vez o dos como mucho. No soy de las que está allí “erre que erre”. Si no la canalizo, la saco y ya está porque no me gustaría que a mi hijo le hicieran eso. Entonces yo soy muy así, soy muy empática.

¿Te lo tomas a lo personal?

Sí. Por ejemplo, ayer aquí en aislados había un niño al que le tenían que poner una vía y era imposible. Llevaban toda la noche y toda la mañana. Y claro, el niño todo el rato llorando, desde las 8 de la mañana hasta las doce del mediodía y a mí me daban ganas de cogerlo. Empatizo mucho con eso.

¿Cuáles son tus estrategias para no llevarte a casa las emociones o experiencias vividas en el trabajo?

Yo creo que al final, aunque quieras ponerte una barrera o separarlo un poco, siempre te llevas algo a casa. Es verdad que aquí aguantas un poco más el tipo delante de los padres cuando están limitándolos porque ya no podemos hacer nada mas. Pero es verdad hay muchas veces que se te cae alguna lagrima.

Porqué hay niños que a lo mejor llevan dos días y sabes que la cosa no va a ir bien, entonces te afecta, pero lo cortas rápido. Pero cuando son niños que ya llevan mucho tiempo, es muy duro y te lo acababas llevando a casa. Y es verdad que unos te afectan más que otros, depende del contacto que hayas tenido con ellos y con los padres.

Cuando se vive una mala experiencia en la UCIN, a nivel de equipo, ¿tenéis alguna forma de afrontar la situación?

No, a nivel de equipo no. Es verdad que hay hospitales que cuentan con psicólogos, pero aquí no. Somos nosotras y ya está. Lo hablamos. Cada una lo vive a su manera. A veces las más veteranas son un poco mas frías.

¿Qué rol crees que ejerces tú como enfermera para los padres de un bebé que pueda estar teniendo dolor?

Pues un poco de apoyo. Hacerlos sentir un poco mejor dentro de lo que quepa. Intentar dar lo mejor de ti misma e intentar que tus cuidados sean los mejores y eviten el dolor. Entonces yo creo que ellos también tienen que tener confianza en ti. Es verdad que a veces son un poco fríos y les cuesta mucho, porqué el entrar en una UCI no es agradable después de un embarazo. Entonces esto les genera mucho estrés y ansiedad. Por esto hay que ir poco a poco y que ellos se vayan abriendo a ti, así los vas conociendo. Yo creo que el seguimiento, que vengas cada día y cojas a los mismos niños, también hace que los padres te cojan más confianza. Es verdad que con los padres yo casi siempre me llevo muy bien e intento estar bien con ellos. Intento dar todo de mí para que el bebé no tenga dolor. Eso también un poco como con los médicos. Tú tienes que frenarlos. Es verdad que la UCI Neonatal es muy autónoma en este sentido. Tú tienes más autonomía a la hora de decir las cosas. Tú puedes ir mandando un poco y evitar el estrés del niño. Yo creo que es algo muy positivo.

¿Crees que se tienen en cuenta los sentimientos que se viven aquí por parte del colectivo enfermero?

No. Se piensan que aquí los niños no mueren y no es así. Los niños también se mueren. Se piensan que es igual que los adultos y es muy diferente. Es todo un

mundo, y entonces claro, hasta que no entras a trabajar aquí, realmente no ves lo que es.

¿Crees que se infravalora el dolor que pueda estar padeciendo un niño?

¿Se tiene en cuenta?

Hay veces que sí. Sí que es verdad que nosotras no tanto, pero los médicos, al no estar a pie de cama, sí que lo infravaloran. Eres tú el filtro, eres tú la que estás con ellos, eres tú realmente la que sabe cuando tienen dolor porque tienes un seguimiento del niño. Pues eres tú la que se da cuenta de las cosas. Así que en general un poco sí.

¿ Nos podrías decir alguna experiencia que te haya marcado?

El verano pasado hubo una época, en la que fallecieron cuatro. Pues en los cuatro estuve yo. Uno que no me tocaba pero que me quedé un momento a ayudar, y mientras la compañera escribía de repente hizo una bradicardia y se paró, y no hubo manera de remontarlo. Yo creo que te marcan todos, es verdad que unos más que otros, pero te marcan todos.

¿Y referente al dolor?

Sí, unos cuantos. Nosotras no porqué creo que estamos más concienciadas, pero los pediatras creo que van mucho más allá, porqué hay niños que tú ya sabes que tienen una hemorragia muy grande en el cerebro y que no se va a solucionar. Que van a tener muchas secuelas y que no van a salir adelante. Que están respirando por un respirador y que están aguantando gracias a lo que tú les estás haciendo. Es verdad que la decisión de parar la tienen los padres, nosotras no podemos. Pero sí que los podemos encaminar, sobre todo los médicos. Tú siempre les tienes que decir que la información se la dará el médico, tampoco puedes ir diciéndoles cosas. Hubo el caso de un prematuro, que la madre había tenido ya ocho abortos, que tuvo una hemorragia. Ese niño llevaba un mes intubado y se le había hecho de todo. Los dos últimos días lo pasé fatal.

¿Tú crees que estaba teniendo dolor?

Sí. Es verdad que la madre no quería que se pararan los cuidados. Costó mucho que la madre dijera que los pararan. Pero yo creo que los médicos también tienen la capacidad de decir que lo pararen.

¿A los padres les preocupa que su hijo pueda estar pasando dolor? ¿Cómo suelen reaccionar?

Depende. Porqué por ejemplo, el caso que os he comentado, los padres eran árabes. Entonces claro, realmente ellos van a por todas, les da igual lo que se haga. En cambio, un español es un poco mas consciente y sabe parar cuando no se puede hacer nada más. Hace poco tuvimos otro caso de un niño que tenía una enfermedad neurodegenerativa. El parto también había sido un poco raro, vino trasladado del Vendrell. Se le hicieron pruebas y se dieron cuenta que no había nada que hacer, era una enfermedad muy poco frecuente y bueno, lo máximo que le dijeron fue que le podían hacer una traqueotomía porqué ya llevaba más de un mes intubado y algún trasplante, pero poco más. Y que lo máximo de vida que podía tener era de seis meses. Entonces ya decidieron cortarlo y decir que no, que querían limitarlo y quitar las terapias que fueran invasivas. Por eso, es muy cultural y es verdad que los marroquíes suelen ir a por todas y les da igual todo.

Pero en general, ¿cuál es el sentimiento que sueles ver en la cara de los padres cuando saben que su bebé está en una UCIN y que está teniendo dolor?

Tristeza y dolor. Yo creo que si ellos pudieran se intercambiarían obviamente.

Y de cara a los padres, ¿hay algunos cuidados dirigidos a ellos?

Intentamos que estén lo mas cómodos posible. Les ofrecemos lo que ellos necesiten. Aquí en teoría las visitas están limitadas a los familiares, pero en casos que ya sabemos que la cosa va mal intentamos cambiarlos de box a uno un poco más íntimo, y no poner a nadie al lado para que puedan entrar los familiares, despedirse y hacer el duelo. Si la madre está ingresada pues intentamos lo mismo. Cuando ya lo desconectamos del todo lo pasamos a la habitación con ella. Porqué cuando pasa esto, cuando existe la orden de limitar, les damos la opción de cogerlo en brazos, en canguro. Normalmente dicen que

sí y los dejamos el tiempo que ellos quieran. Hubo una vez, unos padres marroquíes que querían hacerle un baño. Entonces cuando pasó todo, lo llevamos a la habitación un momento, les dejamos una bañera para que hicieran su ritual y luego lo volvimos a traer.

¿Qué intervenciones utilizáis si veis preocupación por parte de los padres?

¿Qué relación tenéis con los padres?

Yo creo que casi todas tenemos una buena relación con los padres, porque en esta unidad viene poca gente, entonces a casi todas nos conocen. Por lo tanto, más o menos ya sabemos por dónde ir. Y bueno, apoyarles y estar a su lado. Hay veces que sí que quieren hablar y tú tienes que estar dispuesta a ello. Y, a veces, no quieren decir nada. Tienes que adaptarte un poco a su situación para ir viendo cómo son, porque no todos los padres son iguales.

¿Crees que los niños pueden tener menos dolor si los padres están presentes?

Sí, y en canguro menos todavía.

¿De qué forma identificas y valoras el dolor en un neonato? ¿Cuándo sabes si un niño está pasando dolor?

Bueno, las escalas que hay neonatales son de gestos, de frecuencia cardiaca, de respiración, etcétera.

¿Y utilizas alguna escala?

Sí. Hay unas cuantas, pero la que utilizamos es la NIPS, que es la neonatal. Entonces si veo que me sale muy alterada, me la programo para volverla a pasar en otro momento. Y después visualmente, que tenga la frecuencia cardiaca alterada en comparación con sus parámetros normales. Por ejemplo, si él normalmente está a 120-130 y luego llegas un día y está a 140 pues ya piensas que algo le pasa. Si cambia su coloración. Son muy expresivos también, hay días que están mucho más activos y cuando les pasa algo están más inactivos, los tocas y están poco reactivos. El seguimiento del niño te hace saber cuando pasa algo.

¿Y en qué te fijas más, en los parámetros objetivos o en los subjetivos?

Me fijo en el niño, en cómo está de actitud, en la frecuencia cardiaca, etcétera. Pero me fijo mucho mas en el niño y en cómo pasa el día.

¿Cuándo un bebé tiene dolor, cuál es el tratamiento de elección?

Primero son medidas de confort. Confort antes de administrar fármacos. Pues eso, primero confort, ponerlos en un nido para que estén más confortables, colocarlo y ponerlo de lado si de esa forma está cómodo. En nido los pongo como cuando te arropan, así están un poco más confortables. Si están llorando mucho y no tengo nada que hacer, los cojo en brazos y estoy un rato con ellos en canguro. Si veo que no se calma pues ya aviso a los médicos a ver si pueden pautar un Paracetamol o un Nolotil.

¿Normalmente el fármaco de elección es el Paracetamol?

Sí, es el que normalmente se da.

¿Y cuándo tiene dolor y no calma con el Paracetamol?

Pues ya tendríamos que poner una bomba, normalmente de Fentanilo.

¿De Fentanilo?

Sí, Fenta y Midazolam. En algunos sitios se utiliza Morfina, pero bueno, la Morfina se deja para cuando tienen Síndrome de Abstinencia. Cuando han llevado mucho tiempo bombas de Fentanilo y Midazolam y se están retirando.

Ya nos has dicho que sí que usáis terapias no farmacológicas.

Sí, la sacarosa también se utiliza mucho, pero si hay leche de la madre pues unas gotitas de leche de la madre.

¿Hacéis alguna cosa para prevenir la aparición de dolor?

Sí, lo mismo. Si sabemos que tenemos que poner una central, lo dejamos descansar y cuando vemos que está un poco más despierto lo hacemos. La verdad que con la contención aguantan muy bien, llevando sus rodillas hacia su

pecho, para que estén en posición fetal. Siempre intentamos que una lo contenga y que otra realice la técnica, y sacarosa.

¿Y el tema de los anestésicos locales?

No. Normalmente no. Si no llevan vía y pasa algo, se pueden sedar de forma intranasal.

¿Soléis poner la palometa subcutánea?

No, nosotras no.

¿Seguís algún tipo de protocolo para el dolor?

Se están actualizando todos los protocolos ahora mismo, porque la verdad que eran muy antiguos. Y las personas que han hecho los protocolos hacen unas reuniones, y nosotras venimos y nos formamos todas de lo que diga aquella persona. Del dolor lo han hecho en la UCI Pediátrica, pero aquí no. Sí que es verdad que hay un protocolo, pero no está bien.

¿No lo utilizáis?

No, cada una va un poco a su aire. Pero normalmente es eso, sacarosa y contención. Es lo que hacemos todas.

¡Vale! ¡Pues muy bien! Muchísimas gracias por tu colaboración.

Nada, a vosotras.

8.7. ANEXO 4: TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA A LA E4

Hola, bon dia. Som la Meritxell Garcia i jo, la Mireia Segurado, estudiants de 4t d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili al Campus Catalunya, de Tarragona i, com ja t'hem comentat, realitzem el nostre Treball de Fi de Grau sobre el Dolor Neonatal. És per això que volem fer-te algunes preguntes. Si vols presentar-te i comencem...

Molt bé. Doncs bon dia i moltes gràcies pel vostre interès perquè és un tema que, realment totes les cures són importants en el nadó però aquesta justament encara no s'aborda de la manera que realment pot ser més efectiva. Ja en parlarem el per què. Bé, jo sóc A.S. (Enfermera IV), una infermera pediàtrica i treballa al servei de nounats de l'Hospital Vall d'Hebron des de fa vint anys. He estat a totes les àrees d'aquest servei. He estat molts anys a la UCI, a cures semi-crítiques, a cures boxs i també a una part del servei que tenim ara on els nadons estan amb la mare a la planta d'hospitalització. Són nadons que requereixen cures d'una infermera neonatal però és aquesta qui es desplaça a la planta d'hospitalització per no desvincular aquest fill de la seva mare i del seu pare. A més a més, des de fa més de 15 anys també coordino el grup de dolor neonatal. Formo part de la comissió del dolor de la Vall d'Hebron.

Que interessant! Dit això, comencem amb el tema dels sentiments. Si tu pugessis definir amb una sola paraula què et genera el veure que un nounat pot estar tenint dolor, quina seria?

A vegades impotència. Impotència perquè és veritat que procurem tenir mitjans per evitar el dolor, o sigui, normalment el dolor que no controlem es troba dins d'un percentatge molt baix. Sol ser de nadons amb una cronicitat i que han passat per un procés agut. Normalment ho solem controlar però sí que és veritat que ja hi ha molts estudis que diuen que depenent de com tu et sentis i de les teves experiències pròpies amb el dolor, veuràs o patiràs el dolor d'aquell nadó d'una forma o d'una altra. I, per tant, actuaràs d'una manera o d'una altra. I és veritat, el sentiment que a tu et provoca veure una persona amb dolor va moltes vegades lligat a la teva pròpia sensibilitat davant del dolor.

És a dir, ens estàs dient que la teva pròpia manera de viure el dolor influeix a l'hora de reaccionar davant d'un dolor neonatal?

Sí, i les creences sobre el dolor també. Si jo, per exemple, crec que un nadó, com abans als anys 80 es creia que no tenia la capacitat de sentir dolor, no faré res per alleujar-lo. Ara, si jo tinc la creença, confirmada per l'evidència, que els nadons poden patir dolor i que tenen una manera d'expressar-lo que és diferent de la que tenim els adults, posaré tots els mitjans per alleujar el dolor i per evitar-lo. I també és veritat que si jo he viscut un dolor i he vist que el fet de deixar de tenir-ne ha millorat la meua qualitat de vida exponencialment, faré més al respecte pel nadó. Si una persona té un dolor crònic, i no obté els resultats esperats perquè el dolor és més difícil de controlar, és possible que tingui una visió diferent sobre el tema. I quan això es dona en l'àmbit de la infermeria podem tenir, i això hi ha un estudi que ho diu, una manera diferent a l'hora de treballar el dolor d'aquest nadó.

Llavors, tenint en compte que ens has dit que has treballat en l'àmbit crític neonatal, quines són les teves estratègies per no emportar-te a casa les emocions o experiències viscudes en relació al dolor que pugui haver patit un noutat?

És molt difícil perquè tampoc ens capaciten per això. Des de fa uns anys ja és diferent perquè tenim una psicòloga. Fins i tot nosaltres tenim un grup que treballa el dol des de fa molts anys, i aquí entra també el paper de la infermera. Inclús quan hi ha hagut un nadó amb una evolució molt tòrpida, sense haver arribat a morir, i ha generat unes sensacions i unes emocions molt devastadores en les infermeres o en el personal que l'atén, és veritat que hi ha un grup amb una psicòloga, pediatres, infermeres on pots anar per obrir-te i que elles intentin dirigir-te en aquest procés. Perquè és devastador. Vull dir, pots agafar fins i tot una depressió i clar, tot això influeix en la teua vida personal.

I a nivell d'equip d'infermeria, quan es viuen situacions difícils a la UCIN, com ho feu per afrontar-les?

El fet que cada persona tingui maneres diferents d'interpretar i de viure el dolor no vol dir que la infermera no intenti pal·liar el dolor del nadó o que no utilitzi els recursos necessaris. Però dins dels recursos, en tenim de farmacològics i de no farmacològics. Llavors, els farmacològics ens els creiem pel paradigma. En canvi, en els no farmacològics és més difícil. I és amb aquests que, a vegades, el fet de no utilitzar-los és una manera més insidiosa d'allargar aquest procés del nadó i de la família perquè en aquestes intervencions entra el rol infermer. Descentralitzar-nos i centralitzar-nos en la família i el nadó. Per què? Perquè la família és necessària per a aquest nadó i en els moments més crítics, afegint els de dolor, és on la família té un pes més important. És a dir, tindrà una capacitat exponencial per poder ajudar a alleujar el dolor del nadó perquè com sabeu, el dolor genera un estrès que amb la família disminuirà al 100%. I és per això que a vegades ens costa una mica ja que el canvi de paradigma ha estat com un dol. Aprendre a treballar per necessitats i no per activitats. Primer hem hagut de conèixer quines són les necessitats i després saber quines són les expectatives que tenen aquestes famílies sobre què anem a oferir nosaltres al seu fill. Tot això ens ha tret del centre. Nosaltres fa com 12-15 anys que ja ho treballem i més o menys ho tenim bastant avançat però l'evidència ens diu que hi ha molts centres que al no tenir aquesta manera de cuidar que anomenem Cures Centrades en el Desenvolupament i la Família (CCD) queden com més endarrerits justament en la cura del dolor.

És a dir, tenint en compte aquest nou paradigma, tu creus que en situacions complicades a la UCIN pots obtenir suport per part de les teves companyes?

Absolutament. Aquest paradigma el que fa és unir la família i el nadó perquè són el nostre centre. El nado és una part activa, que abans no ho era, i la família evidentment també. I aquest model de cures ens ajuda a que si nosaltres estem introduint a la família perquè faci les cures diàries, vol dir que la cura del dolor és molt important. Per què? Perquè, a més, què angoixa molt a uns pares? Els angoixa no poder exercir de pares. Què és el primer que fem els pares? El primer que fem és cuidar i evitar el dolor. El consol. El consol és bàsic a l'hora de fer de

pare i de mare, d'exercir el rol parental. Llavors, si tu no pots fer això, si tu no pots estar en aquests moments per cuidar-lo, s'interromp aquest rol. Perquè a més, amb aquesta forma de cuidar es donen els mateixos ítems que en l'apego, que són la responsabilitat i la reciprocitat. I tot això ajuda a què tu prenguis la iniciativa de tenir cura del teu fill, que al final te n'aniràs a casa amb ell. I això no és fàcil en un servei com aquest, i la infermeria ha d'estar molt capacitada. Perquè hem de deixar les cures tècniques per nosaltres i les cures d'amor pels pares. I fins on arriba que un pare no pot estar amb un nen molt crític? Com diu el Dr. Anand, el gran expert en el dolor neonatal, qui diu que un acte d'amor és contraproduent per l'evolució d'una persona? Quina prova analítica diu que fer un petó o agafar la mà ho sigui? Al nadó que està tan malament, amb el tòrax obert, que li agafin la mà o que li parlin a cau d'orella i noti la presència de la seva família, ja que no els tenim anestesiats sinó que estan sedoanalgesiat, contribuirà a disminuir la seva percepció del dolor.

Creus que es tenen en compte els sentiments d'una infermeria d'UCIN?

Sí, sí. Ja s'ha vist que la infermera pot estar molt afectada i per això hi ha aquest tipus de recursos d'acollida. I a més a més, també tenim a la psicòloga que, en un moment donat ens pot ajudar. Perquè clar, on es troba el límit entre la família i nosaltres? És un límit que és molt difícil d'establir. Has de tenir molta experiència per saber on arriba aquest límit. No podem treure als pares els seus drets però nosaltres també som part de l'equip. O sigui, els pares formen part del nostre equip però nosaltres també hi som. I els fills no són nostres, són d'ells. Amb la qual cosa nosaltres hem de tenir en compte que hem d'arribar a aconseguir que totes les famílies, sigui quin sigui el seu nivell cognitiu i cultural, ens entenguin i pugem interrelacionar-nos per aconseguir que el seu fill rebi l'atenció més excel·lent. Sense ells no podem i sense nosaltres tampoc. Llavors és un repte diari que tenim les infermeres i amb els nadons pot ser una mica més difícil. Perquè el nadó, temps enrere, al no verbalitzar les seves emocions, es considerava com un ésser passiu. En canvi ara es actiu, ens ho diu tot amb les conductes i els pares les han de conèixer.

Tens alguna experiència desagradable en referència al dolor neonatal?

Suposo que sí, encara que les agradables són més. Les més desagradables quan tenia menys experiència i, a més, m'han ajudat a elaborar el que ara sóc com a infermera. Però sí que és veritat que en el tema del dolor, quan tenim un nadó que és molt resistent i que cada vegada necessita més analgèsia per la seva patologia, és difícil. Recordo com era quan vaig començar i no té res a veure amb com sóc ara. A més, als nadons els teníem intubats més temps, la família no entrava... Llavors clar, nosaltres havíem d'assumir un rol que ara assumeixen més els pares i per això pot ser t'afectaven més les coses. Ara no és que no t'afectin però creus que hi ha un potencial de millorar-ho tot amb els pares. Sí que recordo que vam tenir una nena molt petita, massa petita, i cada vegada que jo arribava a la nit em tocava buscar-li una via i, clar, ja no teníem on punxar-la. En aquell moment els pares no entraven i recordo que amb les companyes intentàvem contenir a la nena i, bé, al ser tan difícil es generava una angoixa generalitzada.

I alguna experiència agradable?

Moltes. O sigui, per mi ha estat un abans i un després cuidar els nens amb el model basat amb les necessitats i no amb el basat amb les activitats. És a dir, una vegada es van obrir les portes als pares i es van introduir a les nostres cures es va donar un canvi tan brutal que hem vist que aquest avançament tan gran en l'excel·lència de les cures ha donat resultats. Els pares se'n van sentir pares i l'han conegut des del moment zero. I això és meravellós perquè abans, el simple fet de realitzar la glicèmia o fer la prova del taló al nadó ja suposava que una altra infermera contingés al nadó i tot i així plorava, i ara que pugui estar pell amb pell suposa amb els pares que el nadó ni se'n adoni i que els pares estiguin satisfets perquè han cuidat al seu fill. Tot això, té una gran importància i et genera una satisfacció que poc a poc fa que vagis veient que el que estàs fent realment és el que s'ha de fer. A més ja ens ho diu l'evidència, que les unitats que tenen implementat aquest model tenen moltes facilitats a l'hora d'alleujar el dolor del nou-nat perquè es té en compte l'estrès al que pugui estar sotmès, que és molt important en el processament del dolor.

Ens estàs comentant la importància que té que els pares estiguin amb el seu fill el temps que aquest estigui hospitalitzat i els beneficis que pot comportar. Llavors, com actues tu com a infermera quan veus que un pare pateix pel seu fill? Com és la teva relació amb la família?

A veure, si el pare ens diu que el nen té dolor ràpidament farem alguna cosa, el que sigui, per alleujar el dolor. Una altra cosa és que nosaltres, com a infermeres, hem de donar el valor als pares no com a tal sinó que ho hem de fer pel valor terapèutic que tenen enfront al dolor. Ara fa com uns 10 anys que ja es comença a parlar i ja hi ha força estudis sobre què significa el valor terapèutic dels pares dins d'un procediment dolorós. Per exemple, en la prova del taló, que és un procediment pel qual tots els nadons passaran, ja s'ha vist les conseqüències que pot tenir la presència dels pares. Els pares sentiran que estan cuidant, alleujant el dolor i donant confort al seu fill. Nosaltres els expliquem totes les expectatives, tant si hi són com si no hi són. Hem de tenir en compte que el pare està en un moment molt fràgil, però la mare encara més ja que està en un puerperi. Llavors, hem de vigilar molt com ens expressem i com ens dirigim a ells. Normalment les mares hi volen ser durant el procediment però és veritat que en aquell moment, durant el puerperi, tu estàs en una depressió postpart perquè has tingut un fill que no era l'esperat. En aquests casos, tenim a una psicòloga que realitza un seguiment de la situació en casos de risc psicosocial i de vulnerabilitat. El Dr. Carvajal, en un hospital francès, va estudiar la presència de la mare durant la canalització d'una via en el seu fill prematur. Algunes van dir que no hi volien ser més però que ho aconsellaven ja que havien vist que el procediment no era tan terrorífic com elles pensaven i altres ho aconsellaven totalment. Amb la qual cosa sí que és veritat que se'ls ha de donar l'oportunitat però és molt important que els pares estiguin informats i capacitats. És a dir, tu abans d'introduir a uns pares a estar presents pel seu valor terapèutic durant aquest procés dolorós has de formar-los. Jo els he d'informar sobre què vol dir el dolor, quins són els procediments dolorosos, quines són les mesures que tenim i quines són les expectatives que han de tenir. Perquè a vegades vas a canalitzar una via, els pares estan contenint bé al nadó però aquest plora igual. Llavors els has d'explicar que això no vol dir que la seva presència no serveixi sinó que en aquell moment ha funcionat menys però que serà millor que si no hi fossin. Un altre tema molt important és que nosaltres, pel valor terapèutic dels

pares, els hem d'explicar com arriba el seu fill al procediment. Si arriba en un estat de calma perquè ha estat amb els pares, el nivell de processament del dolor és diferent. I si després aconseguen que el nadó retorni a la calma amb la seva presència, els prepararem perquè després hi continuïn sent durant les altres activitats. Però, si en el moment no hi poden o no hi volen ser, els explicarem que és important que hi hagin estat abans i que hi estiguin posteriorment. I sempre tenint present que és molt important que entenguem que els pares estan en un procés molt vulnerable.

Per tant, consideres que és important que la infermera tingui un bon vincle amb els pares?

És que a més a més, els estudis estan dient que el fet d'ajudar als pares a què estiguin presents durant qualsevol procediment que se li realitzi al seu fill fomenta que s'estableixi una bona relació entre la infermera i ells. Tot i així, també hem d'intentar preservar la professionalitat de la infermera, per exemple, a l'hora de realitzar procediments estèrils. I, en cas que, sobretot quan es té poca experiència, et sentis més còmoda i vagis a realitzar el procediment de millor forma sense els pares davant, doncs es comenta amb ells i ja està. Però ja us dic, normalment no trobem cap pare que s'oposi a respectar la feina de les infermeres. Els pares són molt col·laboradors perquè tenen en joc el principal de les seves vides, que és el seu fill.

Llavors, per tal de mantenir les formes davant dels pares en situacions difícils, la infermera ha d'aprendre a deixar de banda les seves emocions, oi?

Absolutament. Això és bàsic. Allà tu ets una professional. Evidentment, hem de tractar a les persones d'una manera humana però l'amor i aquests sentiments els deixem als pares. Hem d'acostar-nos a les persones d'una manera no invasiva, no envair l'espai d'aquestes famílies. I, depenent del nivell cultural d'aquells pares, tu hauràs de treballar uns recursos o uns altres per tal de no violentar aquesta relació que tenim amb ells. És a dir, a la feina has de fer-te una muralla però també és bo treure-ho tot, per això es busquen aquells llocs de trobada per poder desfer-te de tot això i no emportar-t'ho a casa. Perquè fora d'allà tu tens una família i una vida social i no ha d'afectar-los. Hi ha moments en

què nosaltres no podem fer res a part d'acceptar la situació. I aquest procés d'acceptació forma part del dol i, a vegades, costa. Per això, amb aquests recursos que us he nomenat anteriorment hem aconseguit exponencialment millorar la nostra qualitat de vida com a infermera.

A l'hora de valorar el dolor, per quins indicatius et guies?

El dolor és subjectiu. Un adult comunicatiu el verbalitza i ho tenim molt fàcil perquè a més, el dolor és una percepció que és única i és creïble. Jo tinc un dolor i tu m'has de creure. Llavors pot ser a tu et sembla que no però jo el tinc. Pot ser dius: "no és que estic mirant el mòbil, sí, perquè jo m'estic distraient però tinc el dolor". I què passa amb els nadons al no verbalitzar? La mateixa definició del dolor ens diu que un dolor (...) o que es declari d'aquesta manera. L'any passat, el 2019, va ser l'any de les persones vulnerables, i aquí entraven les persones no verbals. Llavors ja es va afegir en aquesta definició del dolor que també es donava si hi havia una conducta que ho notifiqués. Perquè a més a més també hi ha adults no comunicatius que tampoc tenen la capacitat de verbalitzar-lo. El dolor, com ja sabeu, és la cinquena constant pel que pot ocasionar en l'organisme el no aconseguir un bon maneig del mateix. I, com amb qualsevol altra constant, hem de tenir un instrument per mesurar-lo. Què passa amb els nadons no verbals? Que tenim més de 40 escales validades i sense validar n'hi ha una cua més. Llavors, a vegades, són poc específiques perquè els ítems que contemplen més són els del ritus del plor, i el nen no plora només per dolor. Per tant, aquí també entra el que és la valoració de la infermera. Nosaltres, actualment, utilitzem un instrument que és la PIPP però estem en procés de canviar-lo a l'ALPS-Neo perquè és una gran escala la van validar als països nòrdics, on estan més avançats en el tema de la neonatologia, dins de les Cures Centrades en el Desenvolupament i el NIDCAP, i van ser unes entrenadores NIDCAP, unes infermeres i unes doctores, que van validar aquesta escala en base a les conductes que tenen els nadons quan tenen dolor o estrès. I per què aquesta escala és tan fantàstica? Perquè s'ha vist que l'estrès influeix directament en el processament del dolor. Ho veiem en l'adult ja que si jo tinc un dolor però tinc a una persona que m'està distraient, el dolor disminueix. En canvi, si jo estic hospitalitzada i passo mala nit, l'endemà tindrà un dolor horrorós. Per tant, l'estrès té un gran pes en el processament del dolor. Llavors què ens està

dient aquesta escala a més a més? Que si és un nen que té un nivell d'estrès, sigui quin sigui, s'ha de controlar perquè d'aquesta manera, si se li ha de realitzar un procediment dolorós no ho viurà de la mateixa manera. Nosaltres, depenent de l'estat del nen, la passarem en un interval o un altre. En intensius, ho farem cada 6 hores. Si un nen porta analgèsia, ho farem més sovint. En un semi-crític ho podem fer cada 12 hores. I per saber si un procediment ha estat efectiu o no passarem també l'escala. Perquè de fet, l'escala que tenim ara (PIPP) es va valorar pels procediments, per veure l'efectivitat de la sacarosa. És veritat que hi ha la nova versió, la PIPP-R del 2016, però hi ha ítems, com les setmanes de gestació, que els posen com a electius. Però no deixa de ser una escala que hem de prendre com per a procediments perquè és una escala que ens fa observar al nadó, realitzar el procediment, i veure com ha quedat el nadó a l'acabar. Clar, això en una valoració rutinària del dolor no ens serveix. Llavors també hi ha la BIIP, que és molt bona escala i que es pot utilitzar perfectament però que a vegades no és compatible amb tots els programes informàtics. La Dra. Holsti i la Dra. Grunau RE, grans expertes en el dolor neonatal, són les que la van validar. I, a més, ara hem fet una formació juntament amb la Dra. Camba sobre el dolor i el síndrome d'abstinència on hem introduït aquesta escala. A més a més, també estem intentant introduir una escala on el Dr. Anand, juntament amb molts altres grans experts, ens està dient que el dolor no només el podem tenir en compte en el moment de la intervenció. O sigui, nosaltres hem de saber d'on ve aquest dolor, com ha anat la intervenció i com està el nadó després. I tot això és el que hem d'introduir a la valoració del dolor. Jo he de saber com he trobat a aquest nen i llavors sabré que si l'he trobat tranquil, als braços dels pares i tal, però pel que sigui l'hem hagut de separar dels pares per a fer la intervenció, tindrà en compte que al tornar amb els pares millorarà el seu estat. Així veig l'evolució que ha tingut. Llavors ens hem de saber que si és un procediment que pot esperar a què hi siguin els pares, esperarem. Hi ha un estudi que ens diu que les experiències de separació i de dolor tenen unes repercussions molt nocives en els nadons i que les intervencions que siguin protectores, juntament amb els pares, els preparen per a rebre altre tipus d'intervencions.

I a l'hora d'identificar el dolor, per a tu quins predominen més; els paràmetres objectius o els subjectius?

Nosaltres amb totes les escales objectivitzem, siguin conductuals o fisiològiques, perquè el nadó m'ho està dient però jo ho estic interpretant. Ja sabeu que el dolor es valora de manera psicològica, subjectiva o objectiva. Subjectiva és la que fem nosaltres, amb pacients comunicatius, i objectiva és quan nosaltres objectivitzem el dolor en pacients que no poden subjectivitzar-lo. Per lo tant, jo penso que la manera més objectiva és amb les conductes. Perquè és veritat que fisiològicament, en els nens i en les persones, no hi ha una alteració només pel dolor. Vull fer un petit incís diferenciant entre dolor neonatal crònic i dolor agut. Estem parlant de dolor agut però, malauradament, pel dolor crònic no tenim escales. Perquè a més, el comportament del dolor crònic en el nadó no segueix els mateixos patrons que el dolor agut. Per exemple, un nadó que estigui vivint un dolor agut per una enterocolitis arriba un moment que, encara que es pot taquicarditzar, es deixa i el seu comportament és tranquil. Això significa que ja no pot aguantar més el dolor. Actualment això ja no passa ja que quan veiem que el nen comença a tenir dolor ja administrem analgèsia endovenosa. Però sí que és veritat que amb els nadons hem de tenir en compte la prematuritat ja que un nadó prematur no té la mateixa capacitat de comportament i d'expressar el dolor que un nadó a terme. El nadó prematur no es belluga tant, no té una gran activitat ni té la suficient força per bellugar braços i cames alegrement. Als nadons els tenim tapats. Llavors, com veiem l'activitat de les seves cames? Doncs aquesta escala ALPS-Neo ens diu que per poc que puguem veure del nadó, ja podem valorar el seu dolor. Amb la qual cosa, i jo penso que amb el que ens hem de fixar és en el comportament. Normalment sempre ens hi hem fixat molt, juntament amb la coloració. I qui ens pot dir que ha canviat l'actitud del nadó? Els pares ens poden guiar ja que ells coneixen el seu fill millor que nosaltres i coneixen el seu comportament en diferents experiències i moments. Alguns estudis, recolzen que els pares fins i tot ens poden ajudar a fer una valoració més exacta del dolor.

I als pares se'ls informa d'això? És a dir, se'ls diu que notifiquin qualsevol canvi que vegin en el seu fill?

Normalment sí. Però és veritat que moltes vegades la iniciativa ja surt dels propis pares. Com sabeu, en aquest servei, nosaltres estem al costat del nadó tot el temps també. Llavors, qualsevol cosa que el pare ens comuniqui, nosaltres ho observem ràpidament i engegarem totes les alertes. I, a més, després d'intervenir diem als pares que vagin controlant si la cosa millora.

Canviant de tema. Quan un nounat té dolor, quin és el tractament d'elecció?

Aquesta escala ALPS-Neo ens diu com ho hem de fer tot. Per exemple, és dolor o és estrès el que està patint aquest nadó? Evidentment un nen que és postquirúrgic, ja no arribarà a tenir dolor perquè ja tindrà la analgèsia pautaada. Ara bé, en un nen que en principi no hauria de tenir dolor hem de descartar que no sigui estrès. Llavors, què fem? Nosaltres observem a aquest nadó i el seu entorn i veiem que s'estan disparant una mica les alarmes en el sentit de que té una incomoditat i no sabem per què. Utilitzarem mesures no farmacològiques. Farem contenció. Primer una mica de contenció perquè el nen es tranquil·litzi i pugui aguantar bé la transferència cap al pare o la mare i, després, el posarem pell amb pell amb algun d'ells. Si veiem que encara continua intranquil, farem una revaloració cada 5 minuts. Si al cap de dues revaloracions la cosa no ha millorat, ho comentem amb el pediatra. Moltes vegades amb les mesures no farmacològiques en tenim suficient. El tractament farmacològic, sempre el combinarem amb el no farmacològic. Mai deixarem el no farmacològic encara que haguem d'administrar un bolus d'analgèsia al nadó perquè ho necessita. Perquè sempre hi ha alguna mesura que va bé per molt greu que sigui l'estat del nounat. El contacte de la mare, el seu to de veu, evitar els sorolls, tapar-li els ulls si hi ha molta llum, ... A part, aquestes mesures ens ajudaran a disminuir l'analgèsia que pugui necessitar el nen.

Quina és la via d'administració principal pel tractament farmacològic?

Depèn. Pot ser és un nen que li han posat una vacuna, li fa una mica de mal i donem una Apiretal per sonda. Quan estan més aguts solen ser endovenosos.

I el fàrmac clau quin és?

La Morfina, evidentment. Sabem que el Fentanil té una alta tolerància, llavors passarem per la Morfina i anirem afegint altres pel síndrome d'abstinència i tal. És bàsic, i ens ho ha ensenyat aquest model, que la tecnologia i la humanització no van així, sinó que van de la mà, van juntes i tot això ens ajuda, sense aquesta tecnologia no podem fer res i sense la humanització tampoc arribem a bon port. Per tant, estem dient que és veritat que necessitem aquesta tecnologia, sovint invasiva, però que podem influir en el que es la percepció d'aquesta invasió amb la teràpia no farmacològica que, a més, té una gran base científica y està súper estudiada. Es considerava que els nadons no tenien dolor fins que va morir aquella prematura per Lupus a Estats Units, ja que la seva mare va moure fils fins que al cap d'un any es va publicar tot i el doctor Dr. Anand va ser el primer en publicar que el nadó sentia dolor i podia morir pel mateix. I no oblidem que tot això es troba dins de la seva analgèsia, i que la analgèsia és la farmacològica i la no farmacològica.

La palometa subcutània l'acostumes a utilitzar? O el tractament és directament endovenós?

No. És directament endovenós. Per exemple, en els prematurs s'intenta canalitzar una umbilical perquè no provoca dolor i, si al quart o cinquè dia, per la seva prematuritat, continua necessitant la parenteral o altres fàrmacs, encara que estigui estable, canalitzarem un catèter epicutani cava. Però sempre començarem pel menys dolorós.

Llavors, tens contemplada la prevenció del dolor?

Sé, absolutament. Per exemple, quan anem a fer la prova del taló, si estan els pares, posarem el nadó amb ells. Però si no tenim als pares donarem sacarosa.

Y el tema anestèsics locals?

L'EMLA únicament l'utilitzem per PL (punció lumbar). A vegades, amb alguns drenatges usem la Lidocaïna però no és el normal perquè la punxada ja fa mal. Utilitzem l'EMLA exclusivament per les PL perquè ja s'ha vist que per l'altre no té gaire sentit. Perquè si utilitzes l'EMLA per canalitzar una via, pensa primer fas vasoconstricció i, segon, si al final no el canalitzo on he administrat l'anestèsic?

Què fem? És un fàrmac, i te una absorció. És per això que dèiem que hem de conèixer els fàrmacs. El prematur no té la mateixa via de metabolització ni d'excreció dels fàrmacs, per tant, no sabem el temps que li dura. Aquests nadons formen part d'una població de risc, per això hem de conèixer què necessita i si amb unes mesures no farmacològiques podem escurçar l'administració d'aquest fàrmac millor. Perquè també hem de pensar que, per exemple, en un post-operat sé que és veritat que, a partir de la setmana, ja hi ha molts estudis que diuen que ja no hauria de tenir dolor. Però si un nadó ha patit una intervenció, per exemple, una Esternotomia que després es tanca, pot ser no té dolor però tot el maneig que té a dins perquè l'organisme s'està reubicant no l'entén. A un adult li podries explicar, en canvi, al nadó no li pots dir: "mira no et preocupis que això anirà passant". El nadó sent alguna cosa que el seu cervell li diu que no hauria de sentir. Llavors, què necessita aquest nadó? Què necessitem tots quan ens passa això? Una persona que ens estimi i que estigui al costat, perquè només el fet de que es fiqui al costat teu ajuda a què tot això s'oblidi una mica. Per tant, hauríem d'intentar disminuir el seu estrès utilitzant una teràpia el menys invasiva possible. Per exemple, els pares, la contenció, reduir els estímuls o evitar-los, etc.

Utilitzes algun tipus de protocol pel maneig del dolor neonatal?

Nosaltres tenim un protocol del dolor. Vam fer-lo ara fa 5 anys. Llavors està tot bastant protocol·litzat. També explica com hem d'utilitzar la sacarosa, perquè es moltes vegades la llet materna és més efectiva que la sacarosa. Perquè clar, l'administració està estudiada en monodosi no en multidosi. Llavors clar, això s'ha de vigilar molt perquè a Estats Units és un fàrmac que ja no s'utilitza com no farmacològic, s'utilitza com un fàrmac que s'ha de prescriure. Però clar, si cada vegada que utilitzes sacarosa t'han de prescriure no seria efectiu perquè si un nadó s'ha de quedar sense la sacarosa perquè no ho tenim prescrit no pot ser. A l'hospital tenim un procediment que parla de la sacarosa i diu que l'administració d'aquesta, a part, necessita la contenció i esperar els dos minuts abans de realitzar el procediment. A més, a cada box tenim un recipient on trobem les xeringues amb la sacarosa que les mateixes auxiliars preparen tenint en compte la seguretat del pacient, ja que aquestes no connecten a cap via endovenosa. Les preparen cada 24 hores i les deixen a temperatura ambient.

¿Què li pot generar l'administració repetida de moltes dosis al nadó?

Nomes hi ha un estudi de la Dra. Johnson, crec que del 2008, on diu que en nadons de menys de 32 setmanes es va veure un desenvolupament més pobre amb l'administració de més de 10 dosis. Es donen a vegades 10 dosis? Jo no he arribat a donar mai 10 sacaroses, i tampoc he vist que se'n donessin tantes. Però sé que es veritat que els estudis es basen en 1 dosis, no en més dosis. Per tant, administrar una dosis és molt segur ja que té molta base científica. Si a aquest nadó li anem repetint cada dia 4 dosis no sabem ben bé què li pot passar, per tant, nosaltres apostem per la llet materna. Els prematurs tenen llet de banc, que és llet humana, i les quatre gotes que pugui tenir la mare. És veritat que hi ha estudis que diuen que la llet materna no té el poder de la sacarosa perquè és més pobre en sucres, però la llet materna s'assembla molt al líquid amniòtic en sabor i olor, llavors té un gran potencial al cervell i a l'hora de disminuir l'estrès. Per tant, el que no té de sucres ho té perfectament d'altres coses.

Molt bé doncs moltíssimes gràcies per tot.

Ha estat un plaer.