



Objn
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

UFF

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Conocimiento de enfermería sobre el manejo clínico del dolor neonatal: estudio descriptivo

Louise José Pereira Dames¹, Valdecyr Herdy Alves¹, Diego Pereira Rodrigues¹, Renata Rangel Birindiba de Souza¹, Flávia do Valle Andrade Medeiros¹, Eny Dórea Paiva¹

¹ Universidad Federal Fluminense

RESUMEN

Objetivo: analizar el conocimiento de los enfermeros en su práctica asistencial en el manejo clínico del dolor neonatal. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo, realizado en dos hospitales de maternidad públicos, en la ciudad de Niteroi, con 20 enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados neonatales intensivos. Los datos fueron recogidos mediante una entrevista semiestructurada y analizados para construir las categorías temáticas. **Resultados:** Las categorías encontradas se relacionaron con la percepción del enfermero sobre el dolor neonatal y el conocimiento del enfermero y sus acciones en el manejo clínico de este síntoma neonatal. Se observó que los enfermeros desconocen la práctica del manejo clínico del dolor, no siendo una rutina neonatal, así como el uso de escalas para la evaluación. **Conclusión:** el conocimiento científico es de vital importancia, ya que favorece el cuidado neonatal que requiere de estrategias con enfoque en la calidad ofrecida y en la humanización de la atención, especialmente si se considera el dolor como quinto signo vital.

Descriptor: Manejo del dolor; Recién nacido; Salud del niño; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El dolor es una construcción social experimentada por su fisiología que, aunque es común en todas las sociedades, tiene especificidades culturales que determinan su presentación y su caracterización en los procesos de enfermedad humana, construyendo bajo aspectos sociológicos lo que podemos tratar, apoyar o emitir en su nombre⁽¹⁾. Es evidente que la definición de dolor está marcada por el carácter verbal y subjetivo del fenómeno, lo que dificulta la evaluación en la población neonatal⁽²⁾.

El concepto de dolor más utilizado es el de la *International Association for the Study of Pain (Asociación Internacional para el estudio del dolor) (IASP)*: experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial, o descrito en términos de tal daño⁽²⁾. Este asertivo permite que la conceptualización del proceso algíco sea una experiencia única e individual, modificada por el conocimiento previo de los daños existentes o no⁽¹⁾.

Por lo tanto, su ausencia es un aspecto crucial para el bienestar de un individuo, además de ser uno de los indicadores de calidad en salud, especialmente en la Unidad Neonatal de terapia de cuidados intensivos (UTIN), teniendo en cuenta los profundos cambios tecnológicos y científicos que se han producido en las últimas décadas que han propiciado mejoras significativas en la atención neonatología⁽³⁾. Pero, aún así, en la UTIN, procedimientos invasivos necesarios para llevar a cabo ciertos tratamientos han contribuido para la aparición de dolor en el cuidado neonatal, además de las situaciones adversas como intensa luminosidad, temperatura, manejo excesivo y numerosos aparatos, incluso indispensables, lo que vuelve el ambiente estresante^(3, 4, 5).

En este sentido, es necesario que los enfermeros tengan conocimiento sobre la evaluación de la gestión clínica de procesos dolorosos

mediante diversos indicadores fisiológicos tales como frecuencias cardiacas y respiratorias, presión arterial, saturación de oxígeno, sudoración palmar y tono vagal. Sin embargo, es importante saber que estos indicadores no están específicamente relacionados con dolor, ya que las reacciones de comportamiento del recién nacido (RN) frente al síntoma son el llanto, la actividad motora y la mímica facial.

Aunque las medidas conductuales son más representativas que los parámetros fisiológicos para la evaluación de estímulos dolorosos, ellas dependen de la interpretación del observador, de los comportamientos evaluados⁽⁶⁾. Por lo tanto, es necesario que el profesional sepa reconocer estos síntomas y el malestar experimentado por los recién nacidos. Actualmente hay escalas de dolor, cuyos métodos multidimensionales permiten la evaluación y búsqueda de información sobre respuestas individuales, a través de interacciones con el medio ambiente⁽⁷⁾.

De esta forma, el uso de escalas y medición de instrumentos para evaluar los estímulos dolorosos como el Sistema de codificación de la actividad facial neonatal, la Escala del comportamiento del dolor del RN, Escala objetiva de dolor *Hannallah*, la Escala de sedación y comodidad y la Escala de evaluación del dolor en el postoperatorio del recién nacido, tiene como objetivo proporcionar la evaluación del neonato. Sin embargo, la enfermera debe ser capaz de llevar a cabo esta evaluación con el fin de proporcionarles una atención calificada y humanizada a los prematuros ingresados en la UTIN.

A partir de la capacitación, de los conocimientos y prácticas de medidas de evaluación y alivio del dolor neonatal, frente a las numerosas intervenciones promovidas en la UTIN, el estudio pretende analizar el conocimiento de los enfermeros en la práctica del cuidado en el manejo clínico del dolor neonatal.

MÉTODO

Este es un estudio con enfoque cualitativo, exploratorio, descriptivo, puesto que no había ninguna pretensión de cuantificar datos, sino la de identificar eventos⁽⁸⁾ que traduzcan los conocimientos de los enfermeros sobre el manejo clínico del dolor en la UTIN.

El estudio fue aprobado por el Comité de ética en pesquisas (CEP) de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal Fluminense (FM UFF), bajo protocolo 063,427/2013, como prevé la resolución N° 466/12 del Consejo Nacional de salud (CNS).

Los participantes del estudio fueron 20 enfermeros de la UTIN de dos hospitales en la región metropolitana II en el estado de Río de Janeiro, siendo un hospital universitario de atención cuaternaria y otro de atención terciaria de instancia de estado. El criterio de inclusión fue actuar como enfermero en la UTIN. Se eliminó al profesional con menos de seis meses de actividad en el área.

En primer lugar, se verificaron los criterios de inclusión y exclusión establecidos en este estudio y después de su determinación, Los participantes fueron invitados a participar del estudio, en el día de la entrevista. Después de su aceptación, se les pidió que firmaran el Término de consentimiento libre y Aclarado, declarando su participación voluntaria en la investigación, asegurando así el anonimato y la confidencialidad de la información mediante código alfanumérico (E1-E20).

Antes del comienzo de la recopilación de información, se ambientaron los escenarios del estudio, para observar las condiciones favorables y desfavorables para la aplicación del instrumento de investigación. Con esto, se acordó con la coordinación de las unidades que las entrevistas se producirían en la sala de descanso, con mayor privacidad y sin la presencia de otra persona en ese momento.

Por lo tanto, fue utilizada la entrevista semiestructurada individual, como técnica de recolección de datos, basada en un guión de preguntas abiertas y cerradas, pertinentes al proceso de gestión del dolor clínico del RN. Las entrevistas se registraron en dispositivos digitales con autorización previa de cada entrevistado y llevadas a cabo en los meses de enero a abril de 2014.

Posteriormente, las grabaciones fueron transcritas textualmente por los investigadores y sometidas a la lectura precisa de testimonios, lo que permitió la realización del análisis del material recogido, optando por la formulación de categorías temáticas revisando las Unidades de Registro (UDR) en que apareció, haciendo posible la construcción.

Esto hizo posible discutir y establecer el punto de vista del alcance del objetivo propuesto en el estudio, creando las siguientes categorías: 1) *percepción del enfermero del dolor neonatal en la unidad de cuidados intensivos neonatales*; 2) *conocimiento del personal de enfermería en el manejo clínico del dolor neonatal*; 3) *las acciones de la gerencia clínica del dolor como una práctica realizada por enfermeros de alcance*.

RESULTADOS

Percepción de la enfermería del dolor neonatal en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal

Los enfermeros confirmaron en sus relatos que el RN tiene percepciones dolorosas, incluso cuando es prematuro, corroborando así con la literatura científica:

(...) Creo que el RN siente dolor sí, porque eso es muy claro para mí cuando lo veo a través del cambio de señales corporales y fisiológicas cuando implemento algún procedimiento doloroso. (E5)

(...) Pienso que los RN sienten dolor sí, y lo noto por las alteraciones de los parámetros fisiológicos y comportamentales en la realización de procedimientos potencialmente dolorosos. (E13)

En el contexto de la circulación en la UTIN, los sujetos evaluaron el dolor expresado por RN sólo a través de parámetros comportamentales o fisiológicos asociados con el comportamiento, tales como la caída de oxígeno y cambio de expresión facial, seguido de llanto, irritabilidad y agitación de los miembros, como sigue abajo:

(...) Los neonatos sienten dolor sí, porque cuando hago algún procedimiento que es doloroso, me doy cuenta de que cambia la cara. (E4)

(...) Cuando yo estoy manipulando el RN, me da signos físicos y clínicos del dolor, como la caída de la saturación, expresión facial, y coloración. (E20)

Los participantes destacaron la importancia del equipo de enfermería en la identificación del proceso doloroso durante la atención y procedimientos invasivos, comunes en esta unidad. Incluyen algunas declaraciones a respecto:

(...) En mi experiencia, lo que entiendo es que el equipo de enfermería, como un todo, tiene esa visión más objetiva de la cuestión del dolor, pero cuando hay un enfermero más comprometido en la atención directa a los bebés, es común que él pueda detectar más fácilmente que los otros profesionales. (E9)

(...) Veo que todo el equipo de enfermería está más interesado, comprometido con esa parte de la evaluación del dolor de que los otros profesionales que manejan también al bebé. (E12)

(...) Creo que la enfermería tiene más atención con el dolor que otros, porque en nuestro curso, la enfermería habla y discute más sobre humanización, mientras que otros terminan siendo muy mecanizados. (E17)

Así, la atención neonatal en la UTIN debe proporcionar una visión precisa de los enfermeros, sobre la base de las percepciones para el dolor del RN, para resolverlas a través de acciones que contribuyan a una atención calificada y humana en su manejo clínico.

El conocimiento de la enfermería en el manejo clínico del dolor neonatal

Cuando se trató la importancia de prevenir, minimizar y aliviar el dolor de los recién nacidos hospitalizados, sólo algunos participantes señalaron las implicaciones en las condiciones orgánicas y conductuales, cuando el dolor no es visto y tratado adecuadamente. Con el fin de ejemplificar estos hallazgos, las declaraciones siguientes:

(...) Creo que algunas complicaciones pueden ser causadas por el dolor durante procedimientos tales como: clínica de RN, empeoramiento de una predisposición a proceso infeccioso, pérdida de peso y presencia de residuo gástrico. (E7)

(...) Supongo que a través de la minimización del dolor podemos fomentar la mejora de la condición del RN y así preservar el crecimiento y desarrollo de este niño en el futuro. (E8)

Sin embargo, al analizar más profundamente el testimonio del equipo de enfermería, se identifica que ellos observan y evalúan el dolor a través de criterios particulares, sin base teórica y

científica, fundamentales para guiar su conducta terapéutica con respecto al dolor neonatal. Los encuestados informaron que no se sentían capaces y facultados cuanto a la evaluación del dolor y su manejo clínico, alegando deficiencias en el proceso de formación profesional en la graduación y postgrado.

(...) No fui entrenada en el dolor y su manejo, en mi formación ni en la institución donde trabajo. (E2)

(...) Yo no me siento competente en materia de dolor, sea por no haber discutido profundamente en mi formación o por no tener una capacitación permanente sobre este tema. (E15)

Nuestro servicio nunca nos ha capacitado en cuanto a dolor, y también admito que siento dificultad en discutir sobre el tema de nuestro déficit de formación profesional. (E18)

Los participantes informaron que la identificación del dolor y su evaluación no son adoptadas habitualmente en la institución de salud donde actúan como las siguientes declaraciones:

(...) Desafortunadamente, la evaluación del dolor en los recién nacidos no se realiza rutinariamente en la unidad. Tal vez, esto puede explicar porque no hay una cobranza o norma existente en el servicio con respecto al dolor y su manejo. (E1)

(...) Aquí en la unidad, la evaluación del dolor en los recién nacidos no es parte de nuestra rutina en el trabajo, tal vez porque no haya ninguna norma a respecto de esto. (E11)

(...) Nuestra unidad no tiene como rutina identificar el dolor, y ni tampoco evaluarlo según los referenciales teóricos

apuntan. Tal vez, nuestros profesionales hasta se aprovechen de esta disculpa para no hacerlo. (E20)

La falta de herramientas de evaluación en la práctica profesional de enfermería puede observarse en relación al manejo clínico del dolor de la RN, así como la falta de cualquier escala de evaluación. Las siguientes declaraciones dicen al respecto:

(...) No recuerdo las escalas ahora porque no uso ninguna. (E5)

(...) No tengo ninguna memoria de las escalas del dolor para ejemplificarlas. (E12)

(...) La institución no hace uso del instrumento o escala de evaluación del dolor neonatal. Sé que hay, pero no sé el nombre de ellas y qué parámetros son evaluados. (E17)

Se deduce de los informes que, para actuar con el recién nacido en el manejo clínico del dolor, los enfermeros tienen la necesidad de tener conocimientos específicos sobre este tema, así como utilizar los instrumentos para la evaluación de estímulos dolorosos, accesibles en la literatura científica o eventualmente disponibles en la institución, para que la asistencia resulte en alivio del dolor y en el bienestar del niño.

Acciones de manejo clínico del dolor como práctica de la asistencia realizada por la enfermería

Intervenciones no farmacológicas tienen como objetivo reducir los estímulos ambientales agresivos, disminuir el estrés y prevenir cambios fisiológicos y conductuales. Basado en el testimonio de los participantes, se confirma que con la presencia de dolor, se solicitaron recetas de terapia farmacológica para el alivio, sin promover

ningún otro mecanismo no farmacológico para aliviar los estímulos dolorosos:

(...) No es frecuente que los médicos prescriben analgésicos o sedantes debido a procedimientos invasivos o no quirúrgico, pero normalmente los enfermeros en caso de identificar dolor en RN, solicitamos un analgésico de prescripción para ser administrado. Dipirona de uso general en los casos más comunes de dolor y cuando es necesario también utilizamos fentanilo intravenoso en ciertos procedimientos. (E4)

(...) Normalmente no veo señal de que los médicos prescriban medicamentos para el dolor en nuestro servicio, a menos que nosotros, los enfermeros les avisemos sobre la presencia del dolor en el RN, entonces sí, los medicamentos son prescritos y administrados. Aquí en la unidad cuando hay medicamentos prescritos, sólo se ve el uso de dipirona por vía intravenosa. (E14)

A pesar de esto, se usan medidas no farmacológicas para aliviar el dolor neonatal, como: succión no nutritiva, uso de glucosa oral, confort, manejo, posicionamiento, manoseo mínimo y reducción de iluminación y ruidos, así como solicitar la ayuda de otro profesional para realizar procedimientos invasivos. A seguir declaraciones en este sentido:

(...) Trato de envolver al RN y utilizar glucosa 25% antes de cualquier procedimiento invasivo, y también cuando es posible tratamos de agrupar los cuidados para evitar la manipulación excesiva. En cuanto al medio ambiente trato de humanizarlo mediante la reducción de la luz y ruido del ambiente (E2)

(...) Cuando realizo cualquier procedimiento invasivo me preocupo en envolver al bebé, ofrezco glucosa oral a través de la succión no nutritiva y le ofrezco un posicionamiento adecuado. Además de tratar de mantener un ambiente de paz, o también, cuando es posible trato de reducir la luz ambiental (E8)

(...) Que yo recuerde en el momento, trato de disminuir la excesiva manipulación, agrupando los cuidados, uso glucosa por succión no nutritiva en la realización de procedimientos invasivos, tratando de contener al RN y si es necesario llamo a otro profesional para ayudar con el cuidado. Ya en el entorno trato de reducir el ruido y disminuyo la luz sobre el recién nacido buscando su comodidad (E19)

En la perspectiva de la enfermería, el manejo clínico del dolor no se hace efectivo debido a que ninguna institución de asistencia de protocolo se centró sobre el dolor neonatal, como los siguientes informes:

(...) Creo que por no tener un protocolo para el dolor, muchos neonatos pueden sufrir de dolor de no ser adecuadamente evaluado y tratado. (E2)

(...) Me doy cuenta que muchas cosas no son hechas en el cuidado de los bebés porque no tenemos bien definidos protocolos y ni son discutidos con los profesionales de enfermería. (E11)

(...) Me doy cuenta de que el doloroso proceso pasa desapercibido en nuestro servicio por no tener un protocolo para guiar nuestra atención durante procedimientos que causan dolor en los recién nacidos. (E13)

Por lo tanto, se hace necesario aplicar medidas que contribuyan al alivio del dolor neonatal, a través de protocolos que utilicen la práctica de enfermería en el manejo clínico de este síntoma, porque, como se ha señalado, esta señal es el quinto signo vital que debe ser observado en la práctica diaria del profesional de la salud, con el fin de proporcionarle un cuidado, al recién nacido humanizado y con calidad.

DISCUSIÓN

El dolor es uno de los síntomas más tempranos de la historia de la medicina, una sensación desagradable experimentada por todos, en el curso de la vida que puede incrementarse por una patología o durante ciertos procedimientos durante la hospitalización⁽⁹⁾. Su percepción debe ser entendida por profesionales de la salud como una experiencia que se caracteriza por la complejidad, la subjetividad y la multidimensionalidad de numerosos aspectos que intervienen en su proceso que varían según la percepción de cada ser humano⁽²⁾.

Es preocupante la falta de conocimiento del dolor como una variable esencial a evaluar, en la práctica clínica diaria, ya que, en el estado actual del arte en la producción reciente de conocimiento sobre el dolor en el período neonatal se considera escasa, existe el riesgo de procedimientos invasivos y potencialmente doloroso sin la asistencia necesaria para el socorro⁽³⁾ y también de la ocurrencia de iatrogénica.

Los enfermeros en el estudio mencionan la percepción del dolor neonatal, una indicación que los recién nacidos sienten procesos dolorosos porque tienen terminaciones nerviosas que propagan los impulsos de dolor desde la semana 20 de embarazo. Y dentro de los parámetros que los deponentes caracterizan como signos de dolor, tenemos los de comportamiento y los fisiológicos

durante procedimientos potencialmente dolorosos, signos señalados en la literatura científica como indicadores importantes para la evaluación del dolor neonatal en la UTIN⁽¹⁰⁾. Reflejos de conducta como movimientos corporales, erupción cutánea, agitación y llanto constituyen respuestas comportamentales en relación al dolor⁽¹¹⁾. Las respuestas fisiológicas incluyen el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, aumento de la presión intracraneal, sudoración y disminución de saturación de oxígeno de hemoglobina y del tono vagal⁽⁷⁾. Por lo tanto, el equipo de enfermería debe permanecer vigilante y consciente de estos cambios en el tiempo de hospitalización de los neonatos en la UTIN, porque vienen con los episodios dolorosos⁽¹²⁾.

El enfoque para el tratamiento del dolor en recién nacidos de enfermería se basa en el cuidado humanizado de la práctica profesional que le permite notar y sentir al RN de manera diferenciada durante el período de hospitalización. Por lo tanto, la percepción de la sutileza de la expresión de procedimientos dolorosos en el bebé, para hacer una mejor lectura, la aplicación más consensuada y ampliamente humanizada de las técnicas más usadas en la UTIN constituyen práctica fundamentales para el cuidado del recién nacido⁽¹³⁾.

En la vida cotidiana de la UTIN, se cree que varios factores están relacionados con esta devaluación del dolor, principalmente por la falta de conocimiento de los participantes, entre los cuales existen algunos conceptos erróneos sobre el tema, como la falta de conciencia de los signos emitidos por RN, acumulación de actividades profesionales de la salud que prioriza la evaluación del dolor e incluso falta de sensibilidad a los efectos nocivos del proceso doloroso durante la hospitalización⁽¹⁴⁾. Sin embargo, es importante recordar que, como parte de la rutina en la UTIN, se calcula que todos los neonatos gravemente enfermos se someten a alrededor de 50 a 150

procedimientos dolorosos por día a esta alta carga de procedimientos y estos estímulos producen efectos dañinos en la organización de su comportamiento y fisiológicos, creando un estrés crónico que dará como resultado el uso de su energía de reservas que normalmente, se dirigiría a su crecimiento, restauración y desarrollo⁽¹⁵⁾.

Por lo tanto, es de gran importancia que el personal de enfermería conozca los mecanismos fisiopatológicos que involucran el proceso doloroso de RN, para que estén conscientes de la importancia de su evaluación y tratamiento⁽¹⁴⁾. La falta de conocimiento de enfermería sobre los disturbios en el cuerpo de la RN resalta la necesidad de formación profesional para el tratamiento del dolor neonatal.

Se nota, también, la escasez de criterios utilizados para la evaluación del dolor en RN, el enfermero utiliza sus propios criterios sin la base científica necesaria para orientar su terapéutica en relación al manejo clínico del dolor, temas que no han sido cubiertos significativamente durante su formación académica. Hay evidencia científica de que el recién nacido presenta un característico modo de expresar el dolor a través de un lenguaje propio, es importante que se apliquen las escalas, que deben utilizarse como instrumentos para esta opinión, puesto que están destinados a facilitar la interacción y comunicación entre los miembros del equipo de salud y que, siendo habitualmente adoptadas permitirían darse cuenta de la evolución del dolor en cada paciente, así como comprobar la respuesta de estos recién nacidos frente al curso de la terapia⁽¹⁶⁾ por consiguiente, es necesario la capacitación de profesionales de enfermería para poder realizar estudios más profundos sobre el tratamiento del dolor.

La falta de rutina institucional de la evaluación del dolor neonatal en UTIN, aparte de la ignorancia de los enfermeros, de las escalas que evalúan estos procedimientos dolorosos, perju-

dica el cuidado ofrecido a RN. Es preocupante, por lo tanto, esa ignorancia y, del mismo modo, la ausencia de imposición de varias escalas para ser utilizadas en el diario profesional, siendo que ellas fueron creadas para ayudar a identificar más precisamente el proceso. Por lo tanto, se deduce que hay una necesidad urgente de revisar este tema, porque la no aplicación de estas escalas, pueden ser perjudiciales para la salud de los neonatos, conduciendo a la demora de la aplicación de atención efectiva y potencializando alteraciones en su condición orgánica.

La conducta de la enfermería en relación a la evaluación del dolor neonatal, debe convertirse en rutina en la práctica en la UTIN, ya sea a través de métodos probados de evaluación o a través de los cambios comportamentales y fisiológicos expresivos del recién nacido. En ese sentido, el enfoque del manejo del dolor podría ser aumentado para que se ajuste a los estándares propuestos por la Academia Americana de Pediatría. Una estrategia en ese sentido incluiría la discusión con todos los equipos de profesionales de salud acerca de las variables que facilitan o dificultan la adopción eficaz de medidas para el alivio durante procedimientos invasivos en las UTIN⁽¹⁷⁾.

Los participantes pretenden reducir estímulos agresivos al RN a través de tratamientos farmacológicos para aliviar el dolor, especialmente a través de los anestésicos, sedantes en consecuencias de los procedimientos invasivos. Sin embargo, la atención de la enfermería a neonatos en la UTIN va más allá del control del estado físico. La observación de las exigencias sutiles, como manifestaciones de malestar, considera que el cuidado de excelencia y humanizado consiste en reconocer las señales del dolor, mediante la implementación de acciones efectivas que son metas de ayuda a ser alcanzadas, entre ellas, las clasificadas como no farmacológicas, que pueden ser utilizadas con autonomía por el enfermero⁽¹⁸⁾. Sin embargo, las principales medidas de alivio del

dolor por los encuestados derivan de la administración de medidas farmacológicas.

Sin embargo, algunos de los participantes destacaron las medidas no farmacológicas para aliviar el dolor neonatal, según como la literatura científica describe, utilizando medidas tales como: succión no nutritiva; uso de glucosa oral; comodidad; posicionamiento; manipulación mínima; reducción de la luz y del ruido; así como conseguir la ayuda de otro profesional para realizar procedimientos invasivos. Estas intervenciones tienen como objetivo, sobre todo, evitar la intensificación de un proceso doloroso, la desorganización del recién nacido, estrés y emoción, es decir, minimizan el impacto del dolor. Se pueden utilizar individualmente en el dolor de intensidad leve, pero al enfrentar el dolor moderado o grave, las intervenciones farmacológicas deben ser también utilizadas⁽¹⁸⁾. Las medidas mencionadas por los entrevistados son normas para aliviar el dolor, especialmente casos de succión no nutritiva, uso oral de la glucosa, reducción del confort, luz y ruido.

Entre las más estudiadas soluciones, sacarosa y glucosa han ganado prominencia por presentar mejor efecto analgésico. Este resultado puede observarse por la disminución de la duración del llanto, mitigación del dolor de mímica facial, minimización de alta frecuencia cardíaca. Proporcionar confort al RN es otra medida de alivio para el dolor del neonato, que tiene como objetivo proporcionarle calidez, poniéndolo en una posición cómoda para que pueda sentirse protegido. Los efectos de la succión no nutritiva están asociados al aumento en la oxigenación, mejoría de las funciones gastrointestinales y respiratorias y disminución del ritmo cardíaco y del gasto de energía, promoviendo la relajación y la analgesia⁽⁴⁾. Reducir la luminosidad y los ruidos considerados estímulos agresivos e innecesarios, especialmente en la UTIN, permiten ofrecerle más atención calificada al recién nacido⁽¹⁹⁾. Para ello,

apagar los celulares, para reducir el sonido de las timbres de teléfono y de los volúmenes de las bombas, entre otras medidas son simples y de fácil acceso para cualquier profesional.

El manejo clínico del dolor no está presente en la vida cotidiana de los enfermeros justificándose por la falta de protocolos de asistencia. Pero está claro que la existencia de un protocolo de atención para el dolor, por sí sola, no garantiza la evaluación y el tratamiento del mismo, si no existe el compromiso de los profesionales implicados. El factor institucional a tenerse en cuenta es la falta de normalización para facilitar la correcta selección de los medicamentos, su correcta administración y supervisión cuidadosa, que puede mejorar la calidad de sedación y analgesia, además de evitar efectos adversos. Por esta razón, un consenso internacional que se establece normas para el adecuado manejo del dolor neonatal ya fue publicado, aunque muy pocas instituciones tienen protocolos y utilizan escalas para evaluar los procesos dolorosos de lo RN durante los procedimientos. En la mayoría de los hospitales, no existe registro del uso de escalas o tratamiento analgésico. Sin embargo, la presencia de normas escritas puede mejorar la atención del dolor en la UTIN⁽²⁰⁾.

Es extremadamente importante generar discusiones constructivas dentro de los equipos acerca de la adopción de conductas que minimicen el dolor en la atención ofrecidas a estos recién nacidos, ya que estas acciones críticas reflexivas orientarán a los enfermeros y al equipo de enfermería a desarrollar e implementar protocolos para el manejo clínico del dolor. Se observa que la influencia de factores personales, el poco entendimiento entre profesionales, las dificultades de comunicación con miembros de la familia y la falta de recursos humanos, perjudican la evaluación de daños y, en consecuencia, la minimización del dolor neonatal⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

Los entrevistados notan y evalúan el dolor a través de criterios particulares, sin base teórica y científica, esenciales para orientar su terapéutica en cuanto al dolor neonatal.

La falta de conocimiento sobre el manejo clínico del dolor, perjudica la asistencia ofrecida a los recién nacidos, además de contribuir para una atención descalificada, especialmente porque en la UTIN, la evaluación del dolor neonatal es esencial debido a los numerosos procedimientos a los que el RN es sometido, además de la estructura ambiental que favorece su irritabilidad y, en consecuencia, promueve estímulos dolorosos.

Y para que haya un cambio en el manejo clínico del dolor, se hace necesario el Servicio de Capacitación Permanente de las Unidades de Salud para el perfeccionamiento de los profesionales de la salud, en especial de los que integran el equipo de enfermería, respecto al manejo clínico del dolor, más allá de la institucionalización de la asistencia de protocolo con el fin de orientar la práctica profesional en la relevación de procedimientos dolorosos para el RN.

Así, el estudio muestra la necesidad de un cambio consciente del manejo clínico del dolor, basado en la ética de trabajo y atención integral y humanizada ofrecida al recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

CITAS

1. Santos KH, Escobar EMA. O manejo clínico da dor em pediatria: considerações sob a ótica do cuidado em enfermagem. *Enferm Rev* [internet]. 2015 [cited 2015 Apr 2]. 18(1): 101-20. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9373/7779>
2. Falcão ACMP, Sousa ALS, Stival MM, Lima LR. Abordagem terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos: uma breve revisão. *R Enferm Cent O Min* [internet]. 2012 [cited 2015 Apr 2]. 12(1): 108-23. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/130/261>
3. Santos LM, Pereira MP, Santos LFN, Santana RCB. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2012 [cited 02 abr 2015]. 65(1): 27-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>
4. Oliveira RM, Silva AVS, Silva LMS, Silva APAD, Chaves EMC, Bezerra SG. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enf* [internet]. 2011 [cited 2015 Apr 2]. 15(2): 277-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a09.pdf>
5. Bottega FH, Benetti ERR, Benetti PE, Gomes JS, Stumm EMF. Evaluation of pain in neonates and children in intensive care. *J Res: Fundam Care* [internet]. 2014 [cited 2015 Apr 2]. 6(3): 909-17. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3115/pdf_1330
6. Silva APM, Balda RCX, Guinsburg R. Identification of pain in neonates by medical students, residents in pediatrics and neonatology. *Rev Dor* [internet]. 2012 [cited 2015 Apr 2]. 13(1): 35-44. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n1/en_a07v13n1.pdf
7. Melo GM, Rebouças CBA, Cardoso MVLM, Farias LM. Nursing team communication with regard pain in newborns: a descriptive study. *Online Braz J Nurs (Online)* [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 2]. 12(3): 451-61. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4019/html>
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
9. Caetano EA, Lemos NRF, Cordeiro SM, Pereira FMV, Moreira DS, Buchhorn SMM. The new-born with pain: the role of the nursing team. *Esc Anna Nery Rev Enf* [internet]. 2013 [cited 2015 Apr 2]. 17(3): 439-45. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/en_1414-8145-ean-17-03-0439.pdf
10. Santos LM, Ribeiro IS, Santana RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*

- [internet]. 2012 [cited 2015 Apr 2]. 65(2): 269-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a11.pdf>
11. Akuma AO, Jordan S. Pain Management in neonates: a survey of nurses and doctors. *J Adv Nurs* [internet]. 2012 [cited 2015 Apr 2]. 68(6): 1288-1301. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21988718>
 12. Carvalho CG, Carvalho VL. Manejo clínico da enfermagem no alívio da dor em neonatos. *E-Scientia* [internet]. 2012 [cited 2015 Apr 2]. 5(1): 23-30. Available from: <http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/199/464>
 13. Cordeiro RA, Costa R. Non-pharmacological methods for relief of discomfort and pain in newborns: a collective nursing construction. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2014 [cited 2015 Apr 2]. 23(1): 185-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/0104-0707-tce-23-01-00185.pdf>
 14. Presbytero R, Costa MLV, Santos RCS. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. *Rev RENE* [internet]. 2010 [cited 2015 Apr 2]. 11(1):125-32. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/355/pdf>
 15. Silva MKG, Rocha SS. O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. *Rev RENE* [internet]. 2011 [cited 2015 Apr 2]. 12(1): 97-103. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a13v12n1.pdf
 16. Oliveira RM, Silva AVS, Chaves EMC, Sales NC. Avaliação comportamental e fisiológica da dor em recém-nascidos pelos profissionais de enfermagem. *Rev Min Enferm* [internet]. 2010 [cited 2015 Apr 2]. 14(1):19-24. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/82>
 17. Martins SW, Dias FS, Enumo SRF, Paula KMP. Pain assessment and control by nurses of a neonatal intensive care unit. *Rev Dor* [internet]. 2013 [cited 2015 Apr 2]. 14(1): 21-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n1/en_v14n1a06.pdf
 18. Matsuda MR, Martins MR, Filho MAN, Matta ACG. Métodos não-farmacológicos no alívio da dor no recém-nascido. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* [internet]. 2013 [cited 2015 Apr 2]. 5(1): 59-63. Available from: http://www.masteditora.com.br/periodico/20131130_150810.pdf
 19. Aquino FM, Christoffel MM. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. *Rev RENE* [internet]. 2010 [cited 2015 Apr 2]. 11(especial): 169-77. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a19v11esp_n4.pdf
 20. Maia ACA, Coutinho SB. Fatores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido. *Rev Paul Pediatr* [internet]. 2011 [cited 2015 Apr 2]. 29(2): 270-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n2/a20v29n2.pdf>

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 28/11/2015
Revisado: 14/06/2016
Aprobado: 21/06/2016