

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



**TÍTULO.** SITUACIÓN ACTUAL SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR NEONATAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

**AUTORES.** Almudena González Huéscar, M<sup>a</sup> Isabel Matamoros Hernández, María Prudencio Carrasco, Rafael Agudo Medina, Noemí Fernández Hernández, Cristina Martínez Roa. (Enfermeras UCI Pediátrica y Neonatal, Hospital Materno Infantil de Badajoz)

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** En el pasado existía la idea errónea de que los recién nacido no experimentan dolor, sin embargo, los estudios actuales demuestran que son hipersensibles a estímulos dolorosos. La incidencia de procedimientos que provocan dolor es muy elevada durante las hospitalizaciones en unidades neonatales.

**OBJETIVO.** Conocer la situación actual sobre el manejo del dolor en el neonato y recién nacido prematuro por el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales (UCIPyN) y la Unidad de Neonatología.

**MÉTODO.** Estudio descriptivo transversal realizado durante los meses de febrero-abril de 2023 en los servicios de UCIPyN y Neonatología. La recolección de datos se realizó a través de cuestionario de elaboración propia, enviado en formato electrónico, y analizados en programa SPSS 22.0.

**RESULTADO.** Del total de la población encuestada, 63 profesionales, responden 38 (tasa de respuesta: 60,3%). La mayoría de los encuestados, el 78,9%, refiere no haber recibido formación específica en manejo del dolor neonatal. El 47,4% de los encuestados refiere valorarlo casi siempre, utilizando los signos conductuales y fisiológicos en un 78,9% y escalas validadas sólo un 5,3%. La sacarosa y la contención son las medidas no farmacológicas más usadas.

**CONCLUSIONES.** El manejo del dolor en nuestras unidades podría ser mejorado con formación específica, actualización y uso de protocolos, incluyendo escalas validadas.

**PALABRAS CLAVE.** Manejo del Dolor, Neonato, Prematuro, Percepción, Enfermería.

## INTRODUCCIÓN

El dolor es definido por la IASP (*Internacional Association for the Study of Pain*) como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos"<sup>1,2</sup>. Esta interpretación del dolor es subjetiva. Numerosos expertos consideran que no es aplicable al

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



dolor en neonatos ya que esta definición llevaría implícita la expresión de la experiencia dolorosa<sup>2-4</sup>.

Antes de 1980, existía la idea equivocada de que los recién nacidos no experimentan dolor<sup>5</sup>. Criterios erróneos determinaron que el dolor no fuera valorado en el neonato: las estructuras anatómicas para recibir, transmitir e interpretar el dolor no eran consideradas funcionales; la observación del niño prematuro que demuestra escasa reacción era interpretada como percepción reducida del dolor, y por último existía el temor a utilizar analgésicos por los posibles efectos adversos<sup>6-10</sup>. Se pensaba que la incapacidad de los niños para verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor era sinónimo de incapacidad para experimentarlo<sup>11</sup> y recordarlo<sup>12</sup>. A esto hay que añadir que en los niños a menudo la respuesta al dolor no difiere de otras respuestas, como el miedo y el estrés ante otras situaciones no dolorosas<sup>2</sup>. Esta dificultad para reconocer el dolor conlleva un peor manejo de este<sup>13</sup>.

Los estudios actuales demuestran que los recién nacidos no solo experimentan dolor, sino que también, debido a su sistema nervioso inmaduro, son hipersensibles a los estímulos dolorosos<sup>5</sup>. Existen datos suficientes para afirmar que antes de las 28 semanas de gestación, el feto ha desarrollado los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales necesarios para la percepción del dolor<sup>2,14</sup>, pero con el inconveniente de que la vía inhibitoria descendente nociceptiva no está funcionalmente madura hasta varias semanas o meses después del nacimiento<sup>2,15</sup>. En los niños nacidos a término o pretérmino, se ha demostrado una respuesta fisiológica y hormonal al dolor similar y a menudo exagerada si la comparamos con la de niños de mayor edad y personas adultas<sup>2,16</sup>. Poseen un umbral de excitación y sensibilización más bajo, lo que conlleva mayores efectos centrales con los estímulos nociceptivos<sup>2,17,18</sup> con menor umbral del dolor a menor edad gestacional<sup>2,19</sup>.

En un estudio publicado en 2016 en el que participan 30 unidades de cuidados críticos neonatales españolas<sup>20</sup> se estima que, al año, nacen aproximadamente una media de 273 niños que precisan ingreso en la unidad. Esta cifra puede variar según el nivel asistencial del hospital al que nos refiramos<sup>21</sup>. Aunque, desde el punto de vista asistencial, se acepta que el periodo neonatal abarca los primeros 28 días de vida en los nacidos a término y hasta las 46 semanas de edad postmenstrual en los nacidos prematuramente, en ocasiones la hospitalización en la unidad neonatal puede prolongarse más allá en función de la patología y el tamaño del paciente<sup>22</sup>. Estamos hablando, por lo tanto, de recién nacidos que suelen precisar ingresos prolongados en el tiempo.

La incidencia de procedimientos dolorosos y/o estresantes que se realizan a neonatos que precisan hospitalización en neonatología es muy elevada, recibiendo una media de 7,5- 17,3 procedimientos dolorosos por neonato/día,

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



siendo los pretérmino los más expuestos<sup>23,24</sup>. Las consecuencias a una exposición continuada y repetida al dolor en el neonato van más allá de alteraciones en los sistemas sensoriales del dolor, ya que también influirá en el crecimiento, en la función cognitiva y motora, en el comportamiento, en la personalidad y cambios en la estructura y funcionamiento cerebral<sup>23, 25-27</sup>. La exposición reiterada a procedimientos invasivos coloca a los recién nacidos muy prematuros en un riesgo particular, debido a la posible interferencia con los amplios mecanismos de desarrollo y los cambios funcionales que tienen lugar en el sistema nervioso central durante el período en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)<sup>28-30</sup>.

Por lo tanto, debido a su elevada incidencia y a la magnitud de sus consecuencias, el adecuado manejo del dolor debe ser un objetivo principal y transversal en neonatología. Dicho manejo debe ir desde la valoración de este, continuando con la instauración de medidas para tratarlo y la posterior evaluación de su efectividad.

Sin embargo, existe la percepción subjetiva de que, aun siendo conocidas por el personal de enfermería tanto las consecuencias que un mal control de dolor puede tener en el recién nacido como las medidas de valoración y alivio del mismo, estas últimas no se aplican tanto como se debería y en caso de ser aplicadas existe una amplia variabilidad en la práctica clínica y un registro inadecuado de las intervenciones realizadas para el manejo del dolor.

Tanto la American Academy of Pediatrics (AAP)<sup>31</sup> como la International Association for the Study of Pain (IASP), así como instituciones<sup>32</sup> y diversos estudios<sup>33,34</sup>, atribuyen los déficits en el manejo del dolor neonatal a la persistencia de mitos y creencias de los profesionales sanitarios, a los insuficientes conocimientos, al escaso entrenamiento y a la variabilidad en la práctica clínica<sup>23</sup>.

En España son escasas las guías de práctica clínica y/o protocolos para el manejo del dolor neonatal. En un estudio realizado en más de 20 hospitales de diferentes comunidades autónomas de España<sup>35</sup> se pone de manifiesto que las medidas empleadas para el control del dolor durante la realización de procedimientos menores frecuentes son aún insuficientes y de baja implementación<sup>23</sup>.

Existe poca evidencia en nuestro ámbito respecto a los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el manejo del dolor neonatal. Tan solo se han encontrado dos estudios españoles relacionados con el tema. Uno es el estudio de Ponsell<sup>36</sup>, que desde un abordaje cualitativo analiza las percepciones de los diferentes profesionales de la salud sobre el manejo del dolor infantil, poniendo de manifiesto la persistencia de creencias relacionadas con el dolor con cierta tendencia a considerar el dolor infantil como algo que forma parte de la cultura

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



hospitalaria. Otro es el estudio realizado por Collados-Gómez et al.<sup>23</sup> en el que se retrata que el manejo del dolor por parte del personal de enfermería está en vías de mejora por la formación específica limitada y por la baja implementación de escalas validadas en la evaluación del dolor, aunque si se pone de manifiesto la mejora en el uso de las medidas no farmacológicas en los últimos años. Sí se han realizado diversos estudios internacionales en Japón, Estados Unidos, Reino Unido y Turquía, entre otros, sobre la percepción de enfermeras y neonatólogos de unidades de neonatología en el manejo del dolor neonatal<sup>23,37-39</sup>.

## OBJETIVOS

### General

Conocer la situación actual sobre el manejo del dolor en el neonato v recién nacido prematuro (RNP) por el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos v Neonatales (UCIPYN) v la Unidad de Neonatología del Hospital Materno Infantil de Badajoz.

### Específicos

Conocer el perfil socioprofesional v formativo del personal de enfermería en relación con el manejo del dolor neonatal y en el RNP.

Describir las prácticas de enfermería relacionadas con la valoración del dolor en neonato v RNP. así como el uso de medidas no farmacológicas en este tipo de pacientes.

Conocer la percepción que tiene el personal de enfermería sobre el dolor que provocan en el neonato y RNP las diferentes intervenciones que se les practican.

Conocer la percepción que tiene el personal de enfermería sobre el manejo del dolor en general. v sobre las herramientas de valoración del dolor v el uso de medidas no farmacológicas en particular.

## METODOLOGÍA

### Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal realizado durante los meses de febrero-abril de 2023 en los servicios de UCIPvN v Neonatología del hospital materno infantil de Badajoz. Dicho centro forma parte del complejo hospitalario universitario de Badajoz. es un Hospital Terciario v atiende a la población de 0 a 14 años del área de Salud de Badajoz. v recibe a pacientes derivados desde el resto de Áreas de Salud de Extremadura. El Hospital Materno Infantil reúne la mayoría de las especialidades médico-quirúrgicas pediátricas actuales. siendo la UCIPvN la única de referencia a nivel regional en Extremadura para el tratamiento de pacientes

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



críticos pediátricos v neonatales. Tanto la UCIPvN como el Servicio de Neonatología cuentan con política de puertas abiertas.

## Población y sujetos de estudio

La unidad de estudio es el personal de enfermería (enfermeras v técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). que trabaja en UCIPvN v Neonatología. La plantilla de enfermería en el momento del estudio consta de 21 enfermeras v 11 TCAE en UCIPvN, v de 19 enfermeras v 12 TCAE en neonatología. Se trata, por tanto, de una población total formada por individuos (N=63), de los cuales 40 son enfermeras v 23 TCAE. No se predetermina tamaño muestral va que se tiene acceso a toda la población.

Como criterio de inclusión se establece todo personal de enfermería con antigüedad superior a 3 meses en ambos servicios. Se excluyen aquellos participantes que cumplimentan el cuestionario en menos del 80% de los ítems.

## Variables

- Perfil socioprofesional: profesión, edad, sexo, unidad en la que trabaja, tipo de personal dentro de plantilla v tiempo de experiencia laboral en unidades de neonatología (años).
- Perfil formativo: percepción de los conocimientos sobre manejo del dolor neonatal, formación recibida en los últimos 5 años y calidad de dicha formación.
- Evaluación del dolor neonatal: disponibilidad de protocolo para el manejo del dolor del neonato v RNP en su unidad, frecuencia con la que se evalúa el dolor v herramientas usadas para dicha evaluación.
- Uso de medidas no farmacológicas: frecuencia de administración de sacarosa, leche materna extraída (LME), succión no nutritiva v contención, así como registro de la cantidad de sacarosa.
- Percepción dolor neonatal: percepción de la intensidad del dolor en procedimientos dolorosos, uso de medidas no farmacológicas en dichos procedimientos.
- Percepción del manejo del dolor neonatal: utilidad de las herramientas de valoración y medidas no farmacológicas, y valoración global del manejo del dolor.

La mayoría de las variables son de tipo cualitativo, a excepción la edad, los años de experiencia en la unidad, la calidad de la formación en manejo del dolor neonatal v la valoración global del manejo del dolor en la unidad, que son de tipo cuantitativo.

## Recogida y tratamiento de la información

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Para la recogida de la información se elabora un cuestionario (Anexo 1) tras la revisión de la literatura existente sobre el tema, validando su contenido mediante un piloto previo. Dicho cuestionario consta de 20 preguntas que recogen las seis dimensiones a estudiar: perfil socioprofesional del personal de enfermería (6 preguntas), perfil formativo (3 preguntas), evaluación del dolor neonatal (4 preguntas), uso de medidas no farmacológicas (2 preguntas), percepción del dolor neonatal (2 preguntas), y percepción del manejo del dolor neonatal (3 preguntas).

Se incluyen distintos tipos de pregunta en función del tipo de variable. En 7 preguntas se utiliza una escala Likert de 5 puntos para obtener la información: en 3 preguntas, las relacionadas con la frecuencia de evaluación del dolor, la frecuencia de uso de medidas no farmacológicas y el registro de las dosis de sacarina, se otorga el valor 1 a "nunca" y el valor 5 a "siempre"; en la pregunta relacionada con la percepción de los propios conocimientos sobre manejo del dolor se otorga el valor 1 a "nada adecuados" y 5 a "muy adecuados"; en la cuestión relacionada con la percepción del dolor durante los procedimientos dolorosos se otorga el valor 1 a "ningún dolor" y el 5 a "dolor severo"; en la cuestión relacionada con la utilidad de las herramientas de valoración del dolor, el valor 1 se corresponde con "nada útiles" y el 5 con "muy útiles"; y por último en la pregunta sobre la efectividad de las medidas no farmacológicas, el 1 se corresponde con "nada efectivas" y el 5 con "muy efectivas".

Respecto a la pregunta sobre las herramientas utilizadas para la valoración del dolor se usa una escala nominal policotómica con 5 opciones, preguntando además sobre qué escala se usa para medir el dolor en caso de marcar la opción "escala validada". También se usa este tipo de escala en la pregunta relacionada con el uso de medidas no farmacológicas en procedimientos específicos considerados dolorosos, usando en esta cuestión 3 opciones de respuesta (sí/no/a veces). Respecto a la pregunta que describe el tipo de personal dentro de la plantilla, se usa una escala policotómica de 4 opciones (fijo/interino/sustitución/eventual).

En dos preguntas del cuestionario, las relacionadas con el recibimiento de formación específica en manejo del dolor en los últimos 5 años y la existencia de protocolo de manejo del dolor en la unidad, se usa una escala nominal dicotómica (sí/no). Este tipo de escala también se utiliza en las variables sexo (hombre/mujer), profesión (enfermera/TCAE) y unidad de trabajo (UCIPvN/neonatología). El resto de las preguntas relacionadas con el perfil socioprofesional del encuestado se miden de forma cuantitativa, siendo estas la edad y el tiempo de experiencia en unidades neonatales, que se miden en años.

Las preguntas restantes son las relacionadas con la calidad de la formación recibida y la valoración global del manejo del dolor en la unidad, para las que se utiliza una escala de valoración numérica de 10 puntos, categorizando con 1 la peor valoración y con 10 la mejor.

Una vez elaborado el cuestionario es remitido al personal de enfermería de los servicios estudiados en formato papel o formato electrónico, según la accesibilidad de la muestra al mismo, para ser rellenado de forma anónima y voluntaria. Para el formato electrónico se usa la plataforma Google Formularios. Los datos recogidos

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



se vuelcan en una base de datos elaborada en el programa SPSS Statistics (versión 22.0), donde se realiza el estudio descriptivo de los mismos.

## Análisis estadístico

Se realiza un análisis descriptivo global. Para la descripción de las variables cualitativas se utilizan frecuencias y porcentajes, y para las variables cuantitativas la media y la desviación estándar (DE). En el caso de las variables cuantitativas que no siguen una distribución normal se utilizan mediana y rango (R).

## Consideraciones éticas

El cuestionario va acompañado de una hoja informativa donde se explica el objetivo del estudio y se solicita la participación anónima y voluntaria en el mismo, incluyendo el consentimiento.

Los investigadores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés ni haber recibido compensación económica alguna en relación con el presente estudio.

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



## RESULTADOS

### Perfil socioprofesional

En el momento de recolecta de datos, la plantilla de profesionales de enfermería está formada por 63 personas (N=63). Se recolectan datos de un total de 38 profesionales (60.3% del total de la población) de los cuales el 68.45 son enfermeras y el 31.6% TCAE. Con respecto al total de enfermeras la tasa de respuesta es del 65%, mientras que en las TCAE es del 52%.

El 97.4% son mujeres y la edad media se encuentra en 43.7 años [D.E: 11.2 años]. En cuanto a la unidad de trabajo, el 65.8% son de UCIPvN y el 34.2% de neonatología. Más de la mitad de los encuestados, el 60.5%, forman parte del personal fijo de plantilla, mientras el 21.1% son interinos, el 15.8% eventuales y el 2.6% tienen un contrato de sustitución. La mediana de años de experiencia se encuentra en 4,5 años [R: 0 – 42 años].

### Perfil formativo

La mayoría de los encuestados, el 78.9%, refiere no haber recibido formación específica en manejo del dolor neonatal. Sin embargo, el 73.7% considera sus conocimientos sobre este tema como moderadamente adecuados. Aquellos que sí han recibido formación específica en manejo de dolor neonatal (21.1%), valoran esta formación con una puntuación media de 7.63 [D.E: 1.188 puntos]. El 47.4% refiere no haber protocolo de manejo del dolor en su unidad, mientras el 52.6% indica que sí lo hay.

### Valoración del dolor neonatal

En la pregunta relacionada con la frecuencia de la evaluación del dolor, el 47.4% de los encuestados refiere valorarlo casi siempre, mientras el 26.3% lo valora a veces y el 10.5% casi nunca. Existe un 7.9% que no realiza nunca valoración del dolor neonatal, y otro 7,9% que refiere realizarla siempre.

En cuanto a la herramienta utilizada para dicha valoración, la mayoría de los encuestados (78.9%) utiliza los signos conductuales y fisiológicos. El 5.3% utiliza sólo signos fisiológicos y el 10.5% refiere no utilizar ninguna herramienta. Solamente el 5.3% de los encuestados usa escalas validadas para la valoración del dolor neonatal, de los cuales 1 encuestado (2.6%) usa la escala EVA y otro (2.6%) usa la NIPS. Ningún participante utiliza sólo signos conductuales como herramienta de valoración del dolor.

### Uso de medidas no farmacológicas.

La sacarosa es la medida no farmacológica más utilizada por los encuestados con un 39.5% de ellos que afirma usarla siempre y un 36.8% casi siempre. El 21.1% refiere usarla a veces, y sólo un 2.6% casi nunca. Sin embargo, solamente un 13,2% registra la cantidad de sacarosa administrada casi siempre, mientras un

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



52.6% no la registra nunca v un 26.3% casi nunca. Ningún participante registra la cantidad de sacarosa administrada siempre.

En cuanto al uso de la leche materna como medida no farmacológica, el 55.3% de los trabajadores refiere usarla solamente a veces, mientras que solamente el 15.8% la usa casi siempre v el 5.3% siempre. Existe un 13.2% de los participantes que no usa nunca la leche materna como medida no farmacológica.

En relación con la succión no nutritiva, más de la mitad de los encuestados la usan como medida no farmacológica casi siempre (26.3%) o siempre (28.9%), pero existe un alto porcentaje (36.8%) que la usa solamente a veces, v un 5.3% que no la usa casi nunca.

La contención es otra de las medidas no farmacológicas que más se utilizan en las unidades estudiadas, con un 42.1% que refiere usarla casi siempre v un 26.3% que la usa siempre. El 26.3% la emplea a veces v solo un 5.2% la usa casi nunca o nunca.

Percepción del dolor neonatal.

La mayoría de los participantes (55.3%) consideran que el lavado nasal provoca dolor leve, mientras que el 23.7% creen que provoca dolor moderado v el 5.3% dolor intenso. Existe un 15.8% que consideran que el lavado nasal no produce ningún dolor. Un 63.2% no utiliza medidas no farmacológicas durante la realización de esta técnica, mientras que un 21.1% refiere usarlas a veces v un 15.8% si las usa.

En cuanto a la punción del talón, el 47.4% de los participantes consideran que provoca dolor moderado v el 31.6% dolor intenso. Existe un 18.4% que valoran el tipo de dolor provocado como leve v un 2.6% como severo. Durante la punción del talón, el 57.9% utiliza medidas no farmacológicas para el manejo del dolor, el 23.7% no las utiliza y el 18.4% refiere usarlas a veces.

En relación con la venopunción el 52.6% considera que provoca dolor intenso, el 26.2% dolor moderado v el 18.4% dolor severo, habiendo solo un 2.6% que valoran el tipo de dolor provocado como dolor leve. El 71.1% de los participantes utiliza medidas no farmacológicas durante la venopunción, el 13.2% no las utiliza y existe otro 13.2% que las aplica a veces.

En la canalización intravenosa, el 47.4% considera que provoca dolor intenso v el 34.2% dolor severo, mientras que solo el 15.8% valora el tipo de dolor provocado como moderado v el 2.6% como dolor leve. El 81.5% de los encuestados utiliza medidas no farmacológicas durante la realización de esta técnica, el 10.5% no las utiliza y el 7.9% las usa a veces.

En cuanto a la retirada de apósito, el 36.8% considera que provoca dolor moderado, el 26.3% dolor intenso v el 18.4% dolor severo. Existe un 15.8% que valora el tipo de dolor provocado por esta intervención con dolor leve v un 2.6% que considera que no provoca ningún dolor. Durante la realización de esta técnica

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



el 50% de los encuestados refiere utilizar medidas no farmacológicas. el 28.9% las usa a veces y el 21,1% no las utiliza.

En la punción lumbar. el 42.1% considera que provoca dolor severo. el 34.2% dolor intenso. el 18.4% dolor moderado. el 2.6% dolor leve y otro 2.6% considera que no provoca ningún dolor. 68.4% utiliza medidas no farmacológicas durante la realización de esta técnica. mientras el 18.4% no las utiliza y un 13.2% refiere utilizarlas a veces.

Percepción del manejo del dolor neonatal.

En relación con la percepción de la utilidad de las escalas validadas para la valoración del dolor neonatal. el 47.4% de los participantes considera muy útiles. El 31.6% los considera moderadamente útiles. el 13.2% poco útiles y el 2.6% nada útiles.

La mayoría de los encuestados (81.6%) considera los signos fisiológicos como muy útiles para la valoración del dolor neonatal. mientras el 5.3% los considera moderadamente útiles. el 7.9% ni útiles ni inútiles y el 5.3% poco útiles. No hay participantes que consideren los signos fisiológicos nada útiles para la valoración del dolor neonatal.

En cuanto a los signos conductuales. el 73.7% de los encuestados los considera muy útiles para valorar el dolor en el neonato. mientras el 13.2% los considera moderadamente útiles. el 7.9% ni útiles ni inútiles y el 5.3% lo valora como poco útiles.

El 44.7% de los participantes considera la sacarosa muy efectiva como medida no farmacológica para el manejo del dolor en el neonato. El 47.4% la considera moderadamente efectiva. el 5.3% la considera ni inefectiva ni inefectiva y el 2.6% poco efectiva.

En cuanto a la leche materna. la mayoría de los participantes (47.4%) la considera muy efectiva. el 36.8% moderadamente efectiva. el 13.2% ni efectiva ni inefectiva y el 2,6% poco efectiva.

La succión no nutritiva es considerada moderadamente efectiva por el 44.7% de los encuestados y muy efectiva por el 39.5%. El 7.9% la considera ni efectiva ni inefectiva y otro 7,9% la considera poco efectiva.

En cuanto a la percepción de la utilidad de la contención como medida no farmacológica. el 60.5% la considera muy efectiva y el 28.9% moderadamente efectiva. El 5.3% la considera ni efectiva ni inefectiva. el 2.6% poco efectiva y otro 2,6% nada efectiva.

Valoración global del manejo del dolor neonatal.

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Los participantes le dan una puntuación global de 7 puntos de mediana [Rango 2-9 puntos]. El 36.8% de los encuestados le dan una puntuación de 8, el 26.3% dan una puntuación de 7 y el 13.2% dan una valoración de 5 puntos. El 15.9% da una puntuación por debajo de 5 puntos, y solamente el 5.3% da una puntuación de 9. Ningún participante ha dado la puntuación máxima al manejo del dolor neonatal en su unidad de trabajo.

## DISCUSIÓN

El presente estudio describe como el manejo del dolor en el neonato y recién nacido prematuro por parte del personal de enfermería todavía está en vías de mejora, por la limitada formación específica, la falta de protocolos basados en evidencia científica y la baja implementación de escalas validadas para la evaluación del dolor. Sin embargo cabe destacar el aumento de la frecuencia de uso de medidas no farmacológicas durante procedimientos menores.

El porcentaje de profesionales de enfermería que han recibido formación específica en manejo del dolor neonatal en los últimos cinco años es escaso en nuestra muestra (21.1%), porcentaje mucho menor que el descrito en un trabajo similar realizado en hospitales madrileños<sup>23</sup> y que los resultados obtenidos en Cona et al.<sup>39</sup>, pudiendo considerar que el manejo del dolor no es un aspecto prioritario en los planes de formación continuada del personal de enfermería. Sin embargo, aquellos que han recibido formación la consideran de calidad aceptable dándole una puntuación media de 7,63 puntos.

En el caso de los prematuros, y sobre todo en el caso de los grandes prematuros, las manipulaciones deberían realizarse entre dos profesionales, quienes normalmente serán la enfermera y la TCAE<sup>23,40</sup>. Por lo tanto, sería interesante que ambas estuvieran formadas en el manejo del dolor neonatal para así poder realizar una adecuada prevención, valoración y manejo del mismo. También tenemos que tener en cuenta que solamente el 31.6% de la muestra son TCAE y que tienen una tasa de respuesta inferior a la de enfermería, lo que podría sugerir que no reconocen el manejo del dolor neonatal como algo dentro de sus funciones.

Solamente el 5.3% de los encuestados usan escalas validadas para la valoración del dolor neonatal. Este porcentaje es mucho inferior al de otros estudios como el de Collados-Gómez et al.<sup>23</sup>, que describe que el 44% de los encuestados evalúa el dolor mediante escalas validadas, y que el de Cona et al.<sup>39</sup>, donde el 49% de los participantes chinos utilizan escalas regularmente en su unidad aumentando este porcentaje a 81.5% en la muestra de enfermeras de Estados Unidos. En otro estudio realizado por Ozawa y Yokoo<sup>37</sup> en Japón también refiere que el 40% de los encuestados usan escalas validadas. Sin embargo, el estudio realizado por Foster et al.<sup>38</sup>, realizado en Australia, encuentra que tan solo el 11% de las unidades estudiadas usan escalas, siendo en las unidades neonatales altamente especializadas y en las quirúrgicas donde más se utilizan.

A pesar de que las escalas validadas son poco utilizadas en nuestro ámbito, el 47.4% las considera muy útiles y el 31.6% útiles. También es cierto que existe un 15,8% que las considera poco o nada útiles. La herramienta más utilizada para

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



valorar el dolor neonatal son los signos fisiológicos y conductuales (78.9%). Además son los considerados más útiles para tal fin, siendo valorados como muy útiles por más del 81% de los participantes en el caso de los signos fisiológicos y por el 73.7% en de los conductuales. Existe un 10.5% que no usa ninguna herramienta. Todo esto podría estar relacionado con la falta de formación con respecto a las diferentes escalas validadas para valoración del dolor existentes y sus indicaciones, además de la inexistencia de protocolos sobre el manejo del dolor neonatal en las unidades estudiadas, lo cual podría llevar a un inadecuado manejo del dolor en general tal y como se refleja en el estudio de Cong et al.<sup>39</sup>.

En cuanto a las medidas no farmacológicas, es mayor la frecuencia de uso de la sacarosa, con un 76.3% que la usa casi siempre o siempre, frente al 21.1% de la leche materna. Esto es similar a otras publicaciones nacionales como la de López-Maestro et al.<sup>35</sup>, donde muestran un 75% de uso regular de la sacarosa frente al 15% de la leche materna. Sin embargo, en el estudio de Collados-Gómez<sup>23</sup> se describe una frecuencia de uso de sacarosa similar al de la leche materna con un 77.9% y un 76.9% respectivamente, y en el estudio de Foster et al.<sup>38</sup> se encuentran resultados similares en la sacarosa pero la leche materna se utiliza con mayor frecuencia.

También hay que mencionar que, aunque la medida no farmacológica más usada en nuestro estudio sea la sacarosa, cuando se pregunta por la efectividad de estas medidas la mejor valorada es la contención con un 60% de participantes que la valoran como muy efectiva y casi un 30% como moderadamente efectiva. Sin embargo, la sacarosa y la leche materna obtienen puntuaciones similares y ligeramente inferiores a la anterior, con alrededor de un 45% que las valoran como muy efectiva, y un 47.4% que la valoran como moderadamente efectiva en el caso de la sacarosa y un 36,8% en el caso de la leche materna.

Aunque la sacarosa sea la medida no farmacológica más utilizada, en las unidades estudiadas no se realiza un adecuado registro de la cantidad de sacarosa administrada. Un 78.9% de los participantes no registra la dosis administrada nunca o casi nunca. Esto da lugar al desconocimiento del volumen total administrado, y tenemos que tener en cuenta que según las últimas recomendaciones la sacarosa ha de identificarse como una medicación, por lo que debe ser prescrita y registrada<sup>31</sup>.

Con respecto a la percepción del dolor que provocan diferentes técnicas dolorosas, nuestro estudio muestra que cualquier intervención que implique punción (venopunción, canalización intravenosa, punción de talón o lumbar) son más dolorosas que el lavado nasal o la retirada de apósito. Concretamente en la canalización intravenosa, un 81.6% de la muestra refiere que provoca un dolor intenso o severo en el neonato. Esto coincide con el estudio de Collados-Gómez et al.<sup>23</sup>, y otros estudios internacionales<sup>41,42</sup>. Durante la realización de estas técnicas la mayoría de los encuestados utilizan medidas no farmacológicas, aumentando el porcentaje a más del 80% cuando se trata de la canalización intravenosa.

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Los profesionales consideran menos dolorosa la punción del talón que la venopunción. lo cual coincide con el estudio realizado en hospitales madrileños<sup>23</sup> pero es contrario a lo que indica la revisión de la Cochrane<sup>43</sup>.

Finalmente en la valoración global del manejo del dolor en las unidades, más del 63% de la muestra otorga una puntuación de 7 o superior y más del 76% de 5 o superior, considerando por tanto que el manejo del dolor neonatal es adecuado en dichas unidades. Esto es similar a los resultados encontrados en la bibliografía consultada<sup>33,39</sup>. Además, a nivel individual, el 73.7% de los participantes considera sus conocimientos sobre el manejo del dolor neonatal moderadamente adecuados. Sería interesante conocer si aquellos que otorgan una mayor puntuación son los profesionales que han recibido formación específica en el manejo del dolor neonatal y/o aquellos que tienen más años de experiencia en neonatología.

## CONCLUSIONES

La mayor parte del personal encuestado no ha recibido formación específica sobre el manejo del dolor, aunque consideran que sus conocimientos son moderadamente adecuados.

El uso de escalas validadas para valoración del dolor no está extendido en nuestras unidades, de manera que aunque más de la mitad refiere evaluar el dolor neonatal siempre o casi siempre, muy pocos lo hacen mediante las mismas. Sin embargo, una gran parte de los participantes las consideran útiles o muy útiles. Sería necesaria una mayor formación específica del personal de enfermería al respecto.

La administración de sacarosa es la medida no farmacológica más usada en nuestro entorno, seguida de la contención y muy por encima de la leche materna. Sería necesario reforzar los beneficios del uso de la leche materna como medida no farmacológica de prevención y control del dolor en el neonato.

Cuando hablamos de la eficacia de las medidas no farmacológicas, la contención es la medida considerada más eficaz mientras la sacarosa y la leche materna obtienen puntuaciones similares entre ellas pero ligeramente inferiores en este apartado. La mayoría valoran las medidas no farmacológicas estudiadas como moderadamente efectivas o muy efectivas, y su aplicación es bastante frecuente entre nuestros participantes.

Las técnicas que conllevan punción en el neonato y RNP son percibidas como más dolorosas por el personal de enfermería. Mientras que el lavado nasal y la retirada de apósito se valoran como menos dolorosos. En general, el uso de medidas no farmacológicas en las intervenciones consideradas dolorosas está bastante extendido, y aumenta en frecuencia en relación a la percepción del dolor que generan.

En general, la percepción del manejo del dolor neonatal en nuestras unidades es buena, obteniendo una puntuación de 7 puntos sobre 10 por parte de nuestros participantes, pero podría ser mejorado con formación del personal de enfermería,

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



actualización v uso de protocolos basados en la evidencia. incluyendo formación específica en escalas validadas en el neonato y RNP y sus indicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Merskev H. Albe-Fessard DG. Bonica JJ. et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the ISAP Sub-Committee on Taxonomy. *Pain* 1979; 6: 249-52.
2. M. A. Vidal. E. Calderón. E. Martínez. A. González v L. M. Torres . Dolor en neonatos. *Rev. Soc. Esp. Dolor* vol.12 no.2 Madrid mar. 2005
3. Anand KJS. Craik KD. New perspectives on the definition of pain. *Pain* 1996; 67: 3-6.
4. Merskev H. Response to editorial: new perspectives on the definition of pain. *Pain* 1996; 66: 209.
5. Perry M. Tan Z. Chen J. Weidig T. Xu W. Cong XS. Neonatal Pain: Perceptions and Current Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2018;30(4):549-561. doi:10.1016/i.cnc.2018.07.013
6. Pérez Villegas Ruth. Villalobos Alarcón Eva. Aquavo García Karen. Guerrero Fauquez Mónica. Valoración v estrategias no farmacológicas en el tratamiento del dolor neonatal. *Rev Cubana Pediatr [Internet].* 2006 Sep [citado 2023 Ene 9]; 78(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312006000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000300008&lng=es).
7. Joseph M. Brill J. Zeltzer L. Pediatric pain Relief in Trauma. *Pediatrics in Review.* 1999; 20(3):75-84.
8. Elorza M. Dolor en el recién nacido. *An Pediatr.* 2003; 58 (4):293 – 295.
9. Stevens B. Gibbins S. Clinical utility and clinical significance in the assessment and management of pain in vulnerable infants. *Clin Perinatol.* 2002; 29: 459 – 468.
10. Dinerstein A. Bruni M. El Dolor en el Recién Nacido Prematuro. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá.* 1998; 17: 97-192.
11. Kropp P. Psychological pain diagnosis in children. *Schmerz* 2004; 18: 61-74.
12. Bvers JF. Thornley K. Cueing into infant pain. *MCN Am J Matern Chile Nurs* 2004; 29: 84-9.
13. Johnston CC. Collinac JM. Henderson SJ. Anand KJ. A cross-sectional survey of pain and pharmacological analgesia in Canadian neonatal intensive care units. *Clin J Pain* 1997; 13: 308-12.
14. Perrault T. Fraser- Askin D. Liston R. Pain in the neonate. *Paediatr Chil Health* 1997; 2: 201-9.
15. Anand KJS. Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 1987; 317: 1321-47.
16. Anand KJ. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. *Biol Neonate* 1998; 73: 1-9.

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



17. Fitzgerald M, Beaas S. The neurobiology of pain: developmental aspects. *Neuroscientist* 2001; 7: 246-57.
18. Larsson BA. Pain and pain relief during neonatal period. Early pain experiences can result in negative late-effects. *Lakartidningen* 2001; 98: 1656-62.
19. Grunau R. Early pain in preterm infants. A model of long-term effects. *Clin Perinatol* 2002; 29: 373-94.
20. Alejandro Avila-Alvarez et al. Valoración clínica del dolor en unidades de cuidados intensivos neonatales españolas. *Anales de Pediatría [Internet]* 2016 [citado el 09/01/2023]; 85 (4): 181-188. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-valoracion-clinica-del-dolor-unidades-articulo-S1695403315003811>
21. S. Rite Gracia, J.R. Fernández Lorenzo, I. Echániz Urcelay, F. Botet Mussons, G. Herranz Carrillo, J. Moreno Hernando, E. Salguero García, M. Sánchez Luna. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *An Pediatr (Barc) [Internet]* 2013 [citado el 9 de Eneo de 2023]; 79(1): 51.e1-51.e11. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-niveles-asistenciales-recomendaciones-minimos-atencion-articulo-S1695403312004869>
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades de Neonatología: Estándares y recomendaciones de calidad. [Internet] 2014 [citado el 09/01/2023]. Disponible en: [https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA\\_Accesible.pdf](https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf)
23. L. Collados-Gómez, V. Camacho-Vicente, M. González-Villalba, G. Sanz-Prades y B. Bellón-Vaquerizo. Percepción del personal de enfermería sobre el manejo del dolor en neonatos. *Enferm Intensiva.[Internet]* 2018 [citado el 9 de enero 2023];29(1): 41-47. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-percepcion-del-personal-enfermeria-sobre-S1130239917300950>
24. M.D. Cruz, A.M. Fernandes, C.R. Oliveira. Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. *Eur J Pain*, 20 (2016), pp. 489-498
25. S. Brummelte, R.E. Grunau, V. Chau, K.J. Poskitt, R. Brant, J. Vinall, *et al.* Procedural pain and brain development in premature newborns. *Ann Neurol*, 71 (2012), pp. 385-396
26. B.O. Valeri, L. Holsti, M.B. Linhares. Neonatal pain and developmental outcomes in children born preterm: A systematic review. *Clin J Pain*, 31 (2015), pp. 355-362
27. R.E. Grunau. Neonatal pain in very preterm infants: Long-term effects on brain, neurodevelopment and pain reactivity. *Rambam Maimonides Med J*, 4 (2013), pp. e0025
28. Rander M, Grunau RE. Early repetitive pain in preterm infants in relation to the developing brain. *Pain Manag.[Internet]* 2014 [citado el 09/01/2023];4(1):57-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975052/> doi:10.2217/pmt.13.61
29. Kostovic I, Jovanov-Milosevic N. The development of cerebral connections during the first 20–45 weeks' gestation. *Semin. Fetal. Neonatal. Med.* 2006;11(6):415–422.

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



30. Power JD, Fair DA, Schlaaggar BL, Petersen SE. The development of human functional brain networks. *Neuron*. 2010;67(5):735–748.
31. APP Committee on Fetus and Newborn and Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Prevention and management of procedural pain in the neonate: An update. *Pediatrics*. 2016;137:1-13.
32. Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Management of Pain. 3 rd ed. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2013.
33. Gibbins S, Stevens B, Dionne K, Yamada J, Pillai Riddell R, McGrath P, et al. Perceptions of health professionals on pain in extremely low gestational age infants. *Qual Health Res*. 2015;25:763---74.
34. Bellieni CV, Tei M, Buonocore G. Should we assess pain in newborn infants using a scoring system or just a detection method? *Acta Paediatr*. 2015;104:221---4.
35. López-Maestro M, Melgar-Bonis A, de la Cruz-Bertolo J, Perapoch-López J, Mosqueda-Pena R, Pallás-Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr (Barc)*. 2014;81: 232---40.
36. Ponsell Vicens ME. Percepciones de los diferentes profesionales de la salud ante el manejo del dolor infantil y atención a la familia en el ámbito de la atención hospitalizada en Mallorca [tesis doctoral]. Departament de Filosofia i Treball Social, Universitat de les Illes Balears; 2012.
37. Ozawa M, Yokoo K. Pain management of neonatal intensive care units in Japan. *Acta Paediatr*. 2013;102:366---72. 19.
38. Foster J, Spence K, Henderson-Smart D, Harrison D, Gray PH, Bidewell J. Procedural pain in neonates in Australian hospitals: A survey update of practices. *J Paediatr Child Health*. 2013;49:E35---9. 20.
39. Cong X, McGrath JM, Delaney C, Chen H, Liang S, Vazquez V, et al. Neonatal nurses' perceptions of pain management: Survey of the United States and China. *Pain Manag Nurs*. 2014;15:834---44.
40. Moreno Ruiz M. La conducta del recién nacido. En: Sellan Soto M, Vázquez Sellán A, editores. *Cuidados neonatales de enfermería*. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 25-43.
41. Jeong IS, Park SM, Lee JM, Choi YJ, Lee J. Perceptions on pain management among Korean nurses in neonatal intensive care units. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2014;8: 261---6. 30.
42. Andersen RD, Greve-Isdahl M, Jylli L. The opinions of clinical staff regarding neonatal procedural pain in two Norwegian neonatal intensive care units. *Acta Paediatr*. 2007;96:1000---3.
43. Shah VS, Ohlsson A. Venepuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;5. CD001452

## ANEXO 1

SITUACIÓN ACTUAL SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR NEONATAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



Las consecuencias del dolor en la población neonatal son muy relevantes, incluyendo alteraciones en los sistemas sensoriales del dolor, en la función cognitiva y motora, en el comportamiento, en la personalidad, y produciendo cambios en la estructura y funcionamiento cerebral. Es por ello que el adecuado manejo del dolor neonatal ha de ser un objetivo principal. Con el siguiente estudio se pretende valorar la percepción del personal de enfermería sobre el manejo del dolor neonatal en su unidad de trabajo, así como conocer el nivel formativo en relación con el manejo del dolor, y describir el uso de herramientas de valoración del dolor y de medidas no farmacológicas. La participación es totalmente ANÓNIMA y VOLUNTARIA. Los datos proporcionados serán usados con fines de investigación científica, y en ningún momento se podrán relacionar con la persona que los facilitó. Rellenado el siguiente cuestionario acepta la participación en el estudio y da su consentimiento para utilizar los datos proporcionados con fines científicos y divulgativos.

1. Edad

2. Sexo

Hombre/Mujer

3. Profesión

Enfermera/Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

4. ¿En qué unidad realiza su trabajo habitualmente?

UCI pediátrica y neonatal/Neonatología

5. Tipo de personal dentro de la plantilla

Fijo/Temporal (interinidad)/Temporal (sustitución)/Temporal (eventual)

6. ¿Cuántos años de experiencia tiene en unidades de neonatología?

7. ¿Considera adecuados sus conocimientos sobre la valoración y el manejo del dolor neonatal?

Nada adecuados/Poco adecuados/Ni adecuados ni inadecuados/Moderadamente adecuados. Muy adecuados.

8. ¿Ha recibido formación específica sobre el manejo del dolor neonatal en los últimos 5 años?

Si/ No

9. En caso de haber recibido, puntúe del 1 al 10 la calidad de la formación recibida. (Siendo 1 la peor puntuación y 10 la mejor puntuación)

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



10. ¿Existe protocolo para el manejo del dolor neonatal en su unidad?

Si/No

11. ¿Con qué frecuencia se evalúa el dolor neonatal en su unidad?

Nunca/Casi nunca/A veces/Casi siempre/Siempre

12. ¿Qué herramienta utiliza para evaluar el dolor en el neonato v/o recién nacido prematuro?

Escalas validadas/Sólo signos conductuales/Sólo signos fisiológicos/Símbolos conductuales y fisiológicos/No utilizo ninguna herramienta

13. En caso de usar escalas validadas, indique el nombre de la escala que suele utilizar.

14. ¿Con qué frecuencia utiliza las siguientes medidas de para el alivio del dolor durante procedimientos dolorosos en el neonato o recién nacido pretérmino?

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



	Nunca.	Casi nunca.	A veces.	Casi siempre.	Siempre.
<b>SACAROSA</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>LECHE MATERNA</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>SUCCIÓN NO NUTRITIVA</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>CONTENCIÓN</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.  
En

caso de usar sacarosa para el alivio del dolor. ¿registra la cantidad de sacarosa administrada?

Nunca/Casi nunca/A veces/Casi siempre/Siempre

16. ¿Qué intensidad de dolor cree que provocan estas intervenciones en el neonato y/o recién nacido prematuro?

	Ningún dolor.	Dolor leve.	Dolor moderado.	Dolor intenso.	Dolor severo.
<b>LAVADO NASAL.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PUNCIÓN DE TALÓN.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>VENOPUNCIÓN.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>CANALIZACIÓN IV.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>RETIRADA DE APÓSITO.</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PUNCIÓN LUMBAR</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17.

¿Utiliza

medidas no farmacológicas de alivio del dolor durante estas intervenciones?

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



	Sí	No	A veces.
LAVADO NASAL.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNCIÓN DE TALÓN.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VENOPUNCIÓN.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CANALIZACIÓN IV.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RETIRADA DE APÓSITO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PUNCIÓN LUMBAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.

¿Considera útiles las herramientas de valoración del dolor neonatal?

	Nada útiles.	Poco útiles.	Ni útiles ni inútiles.	Moderadamente útiles.	Muy útiles.
ESCALAS VALIDADAS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SIGNOS FISIOLÓGICOS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SIGNOS CONDUCTUALES.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. ¿Consideras efectivas las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor neonatal?

# XLII CONGRESO ANECIPN

Murcia, 17, 18 y 19 de Mayo de 2023



	Nada efectiva.	Poco efectiva.	Ni efectiva ni inefectiva.	Moderadamente efectiva.	Muy efectiva.
SACAROSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LECHE MATERNA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SUCCIÓN NO NUTRITIVA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONTENCIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Puntúa del 1 al 10 la valoración global del manejo del dolor neonatal en la unidad. (Siendo 1 la peor puntuación y 10 la mejor puntuación)