

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico en un hospital público, Chiclayo 2025

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

Estrella de Jesus Bravo Perales

ASESOR

Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

<https://orcid.org/0000-0002-8094-5711>

Chiclayo, 2026

**Percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones
para el manejo del dolor pediátrico en un hospital público,
Chiclayo 2025**

PRESENTADA POR
Estrella de Jesus Bravo Perales

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR

Iliana Del Rosario Muro Exebio
PRESIDENTE

Adela Rosanna Nuñez Odar
SECRETARIO

Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz
VOCAL

Dedicatoria

Dedico este trabajo de investigación a mis padres, Julia y Vicente, quienes siempre creyeron en mí y me apoyaron incondicionalmente durante cada etapa de este proceso, enseñándome con ejemplo en valor del esfuerzo y la perseverancia. Del mismo modo, a mi hermana Zaira, por siempre estar presente con su cariño y apoyo constante, incluso en los momentos más difíciles. Gracias a cada uno por ser parte fundamental de este logro

Agradecimientos

Agradezco a Dios por darme salud, fuerza y sabiduría a lo largo de este proceso, guiándome en cada paso de este camino.

A los profesionales de enfermería que participaron en esta investigación, por su disposición, colaboración y por compartir sus experiencias: las cuales, fueron fundamentales para llevar a cabo este estudio.

A mi asesora, por su paciencia, guía, apoyo constante y, sobre todo, por orientarme en la dirección correcta. Sus conocimientos enriquecieron este trabajo de investigación

Percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico en un hospital público, Chiclayo 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%	6%	1%	1%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	livrosdeamor.com.br Fuente de Internet	<1%
4	www.proz.com Fuente de Internet	<1%
5	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	www.revistasocialfronteriza.com Fuente de Internet	<1%
7	F. Reinoso-Barbero, R. López-López, M.D. Cárceles Barón, M. Hervías-Sánchez, J. García-Fernández. "El tratamiento del dolor agudo pediátrico en España EN 2021: resultado de una encuesta nacional entre anestesiólogos pediátricos", Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 2024 Publicación	<1%
8	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1%
9	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción.....	8
Revisión de literatura	10
Materiales y métodos.	15
Resultados y discusión	19
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Referencias.....	38
Anexos	44

Resumen

El dolor constituye un problema de salud pública que, en la infancia, requiere atención especial, dado que los niños presentan dificultades para expresarlo. Aunque existen guías internacionales que respaldan su manejo como un derecho, diversos factores limitan su aplicación, afectando directamente la calidad del cuidado. **Objetivo:** Describir, analizar y comprender la percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico en un hospital público, Chiclayo 2025. **Materiales y métodos:** Investigación cualitativa con enfoque descriptivo. La población incluyó a 15 profesionales de enfermería de los servicios de pediatría y/o emergencia pediátrica, y la muestra se conformó por 12 de ellos, seleccionados según el criterio de saturación y redundancia, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada; la cual, fue validada por 4 expertos y sometida al proceso de análisis de contenido temático, garantizando el cumplimiento de los principios éticos y de rigor científico. **Resultados:** Se obtuvieron tres categorías: 1) Condiciones institucionales que obstaculizan el manejo del dolor pediátrico, 2) Obstáculos en la evaluación y expresión del dolor en el niño, 3) Intervención familiar en el manejo del dolor pediátrico. **Conclusiones:** Los hallazgos evidencian que el manejo del dolor pediátrico constituye un desafío complejo que trasciende las competencias técnicas del personal de enfermería, ya que diversas barreras limitan la aplicación oportuna y efectiva de las intervenciones, afectando directamente el bienestar del paciente

Palabras clave: Percepción (D010465); Barreras; Intervenciones de enfermería (D009732); Manejo del dolor (D059408)

Abstract

Pain is a public health problem that, in childhood, requires special attention, given that children have difficulty expressing their pain. Although international guidelines support its management as a right, several factors limit their application, directly affecting the quality of care. **Objective:** To describe, analyze, and understand nurses' perceptions of barriers to interventions for the management of pediatric pain in a public hospital in Chiclayo, 2025. **Materials and methods:** Qualitative research with a descriptive approach. The population included 15 nursing professionals from the pediatric and/or pediatric emergency services. The sample consisted of 12 of them, selected according to the saturation and redundancy criteria, using non-probability convenience sampling. A semi-structured interview was used for data collection; it was validated by four experts and subjected to the thematic content analysis process, ensuring compliance with ethical principles and scientific rigor. **Results:** Three categories were obtained: 1) Institutional conditions that hinder the management of pediatric pain, 2) Obstacles in the evaluation and expression of pain in the child, 3) Family intervention in the management of pediatric pain. **Conclusions:** The findings show that the management of pediatric pain constitutes a complex challenge that transcends the technical competencies of nursing staff, since various barriers limit the timely and effective application of interventions, directly affecting the well-being of the patient.

Keywords: Perception (D010465); Barriers; Nursing interventions (D009732); Pain management (D059408)

Introducción

El dolor es un desafío en el ámbito de la salud pública que ha persistido a lo largo de la historia de la humanidad, actuando como causa y efecto de diversos padecimientos que han aquejado a las personas, convirtiéndose en la principal fuente de sufrimiento a nivel individual, familiar y social ¹. Acorde a esto, la International Association for the Study of the Pain (IASP) lo define como una sensación negativa que involucra aspectos sensoriales y subjetivos, derivado de una lesión en los tejidos, ya sea concreta, posible o expresada en términos de daño ².

Durante la hospitalización, el dolor es una experiencia frecuente en los pacientes, ya sea como consecuencia de la enfermedad o de los procedimientos médicos a los que son sometidos. No obstante, dentro de este escenario, la población pediátrica se muestra especialmente vulnerable ante síntoma; puesto que, su experiencia no se limita a la dimensión física, sino que integra aspectos emocionales, cognitivos y sociales que dependen de la edad del niño y su capacidad para comunicarse ³.

Dado este contexto, una institución española especialista en urgencias pediátricas establece que el dolor en menores de 11 años constituye un motivo de consulta frecuente en cualquier establecimiento de salud, con una prevalencia estimada entre el 30% y 78% en servicios de urgencia; además, cerca del 70% de los casos están relacionados con dolor durante la hospitalización a causa de procedimientos médicos como punciones con agujas, mientras que el dolor crónico afecta solamente al 30% de los pacientes ⁴.

En Perú, el Ministerio de Salud señala que aproximadamente el 50% de los pacientes asistidos en la unidad de terapia del dolor son niños; asimismo, indica que el dolor abdominal constituye una de las manifestaciones más frecuentes en la población pediátrica durante su llegada al servicio de emergencia, representando cerca del 10% de los casos ^{5,6}.

Ante esta situación, las organizaciones internacionales han priorizado el manejo del dolor como un objetivo central en la última década, reconociéndolo como un derecho e integrándolo como el quinto signo vital. Por ello, esta responsabilidad compromete a todos los profesionales de la salud, con especial énfasis en enfermería, dado que son quienes mantienen el primer contacto con el paciente desde su ingreso y asumen funciones esenciales como la evaluación del malestar, administración de medicamentos y la ejecución de un plan de tratamiento que resulte efectivo ^{7,8}.

No obstante, si bien se reconoce su importancia en la práctica clínica, persiste una brecha significativa entre las recomendaciones y el cuidado brindado en la realidad hospitalaria. Como muestra de ello, en Canadá se determinó que el dolor es el síntoma principal en los niños que acuden al servicio de emergencia; sin embargo, solo el 55% de las enfermeras realizó un cribado adecuado, apenas el 10% identificó la localización y únicamente el 19% llevó a cabo evaluaciones de seguimiento ⁹.

Por otro lado, un estudio llevado a cabo en Suecia, evidenció que aún persiste inseguridad entre los profesionales de enfermería al momento de realizar la evaluación física del dolor en niños, debido a que existe una diversidad de herramientas e instrumentos de valoración; del mismo modo, añadieron que laboran en un entorno abrumador y estresante, producto de la alta demanda de pacientes ¹⁰.

En Perú, las enfermeras que trabajan en el servicio de emergencia pediátrica mostraron deficiencias significativas en la comprensión del dolor; puesto que, el 53% tienen un nivel de conocimiento regular, solo el 40% un nivel bueno y el 7% conocimiento deficiente. Del mismo modo, en Lambayeque, los resultados obtenidos en el Hospital Provincial Docente Belén revelaron que solo el 2,7% de los profesionales de enfermería entre 41 y 50 años mostraron una actitud favorable; por el contrario, en el grupo de 20 a 30 años, menos del 2,7% obtuvo una actitud indecisa ^{11,12}.

La existencia de estas barreras como: el desconocimiento, los mitos persistentes, la ausencia de herramientas o instrumentos de valoración en los establecimientos de salud, etc., no solo obstaculiza la correcta ejecución de los cuidados, sino que también influye en cómo las enfermeras perciben su capacidad para manejar el dolor en los niños ¹³. Antes esta problemática, surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico en un hospital público, Chiclayo 2025? Donde se planteó el siguiente objetivo principal: Describir, analizar y comprender la percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico en un hospital público, Chiclayo 2025.

Por lo tanto, la presente investigación se justificó en la medida en que, en la actualidad, el dolor constituye el síntoma que genera mayor demanda de cuidados en los establecimientos de salud, lo que hace imprescindible optimizar las intervenciones de enfermería orientadas a

proporcionar confort y preservar la dignidad del paciente. En este sentido, el estudio aportó información valiosa que permitió identificar y analizar las barreras en el manejo del dolor pediátrico desde la perspectiva del profesional de enfermería, con el propósito de generar evidencia que facilite el diseño de estrategias efectivas para superarlas. De esta manera, los hallazgos contribuyen no solo al fortalecimiento de las competencias de los futuros profesionales, sino también al incremento de la satisfacción laboral de quienes ya se desempeñan en el área asistencial y, sobre todo, al beneficio del niño y su familia, quienes constituyen el eje central del cuidado ^{14,15}.

Revisión de literatura

Antecedentes

Un estudio realizado en Ghana por Amponsah et al. ¹⁶, buscó identificar y comprender las barreras que impedían evaluar y gestionar el dolor infantil de forma eficaz; las cuales, incluyeron: Desafíos en la comunicación, capacitación insuficiente, conceptos erróneos sobre el dolor infantil, falta de instrumentos para valorar el dolor, escasez de enfermeras para gestionar la carga de trabajo y falta de autoridad para prescribir analgésicos. Finalmente concluyeron que, es crucial que las enfermeras reciban capacitaciones continuas y recursos necesarios para abordar eficazmente el dolor en los niños; lo cual, no solo beneficiará a las familias y los sistemas de salud, sino también a la sociedad en general.

Del mismo modo, en Brasil, De Souza et al. ⁷; determinaron que las enfermeras poseen conocimientos teóricos sobre el manejo del dolor; sin embargo, en la práctica enfrentan barreras que impiden una adecuada atención integral; entre las cuales, se destacan la subjetividad de las herramientas de valoración y la falta de documentación fuera de los tiempos establecidos. Del mismo modo, experimentan sobrecarga laboral y un bajo número de personal, lo que hace que las intervenciones dependan de la intuición en lugar de un análisis basado en evidencia científica. Finalmente concluyeron que, la prevalencia de estos obstáculos genera un inadecuado manejo del dolor en los niños hospitalizados, haciendo relevante conocer este contexto para implementar estrategias de cambio.

Por otro lado, Skog et al. ¹⁰; realizaron una investigación en Suecia sobre el manejo del dolor infantil desde la perspectiva de enfermeras; quienes refirieron tener problemas de confianza durante la medición y estimación del dolor debido a la existencia de múltiples herramientas de valoración, destacando que en el hospital donde laboran, no cuenta con un protocolo exacto;

asimismo, presentan un ambiente de trabajo estresante y confuso debido a la falta de rutinas consistentes y a la alta demanda de pacientes. Finalmente concluyeron que, los profesionales de enfermería necesitan realizar actividades claras y educación continua sobre la valoración del dolor mediante las diferentes escalas, lo que podría ser clave para un resultado exitoso.

Asimismo, Calo J ¹⁷, realizó una investigación en Ecuador que se enfocó en analizar las intervenciones de los profesionales de enfermería en el manejo del dolor pediátrico, donde los resultados obtenidos señalaron que el 50% de enfermeras no registran las características del dolor y el 55% no realiza una evaluación física exhaustiva para identificar la zona afectada debido a la ausencia de herramientas de valoración en el hospital; asimismo, se identificó que el 30% no ejecutaba un correcto plan de atención al niño con dolor a causa de un bajo nivel de conocimiento. Finalmente concluyeron que las intervenciones son deficientes, ocasionando que las necesidades del niño y su familia no sean completamente atendidas.

En Perú, en la ciudad de Huánuco, Pinedo L et al ¹¹; realizaron un estudio sobre el conocimiento del dolor pediátrico en enfermeras que trabajan en el servicio de emergencia, donde los resultados obtenidos señalaron que existen carencias en la comprensión del dolor; puesto que, solo el 40% tiene un nivel bueno, el 53% conocimiento regular y el 7% conocimiento deficiente; asimismo, estableció que el 53% sigue adecuadamente las practicas recomendadas, mientras que el 47% no cumplen con las directrices establecidas. Finalmente concluyeron que, es necesario implementar capacitaciones continuas sobre la adecuada gestión del dolor en niños, ya que la falta de conocimiento afecta directamente en la calidad del paciente y su familia.

En Lambayeque, Espino N et al ¹²; realizaron una investigación en el Hospital Provincial Docente Belén a 37 profesionales de enfermería según edad sobre su actitud frente al dolor pediátrico, donde los resultados señalaron que solo el 2,7% de enfermeras encuestadas entre 41 y 50 años mostraron una actitud favorable durante sus intervenciones, lo mismo ocurrió con el 2,7% de aquellos entre 51 y 60 años. Asimismo, en el grupo de 20 a 30 años, menos del el 2,7% obtuvo una actitud indecisa de manera similar ocurrió con los profesionales que tienen de 31 a 40 años, obteniendo 5,4%. Finalmente concluyeron que, la actitud de los profesionales en función al tiempo de servicio y los años de capacitación se consideró entre medianamente favorable e indecisa.

Bases teóricas

Desde el nacimiento, todas las personas reciben, interpretan y analizan las señales del exterior a través de los sentidos, obteniendo respuestas inmediatas e involuntarias que se integran en la experiencia. Este proceso se conoce como "percepción"; la cual, según Neisser, es un aspecto único de cada individuo, donde se utilizan conocimientos previos y almacenados en la memoria, para solo así, poder construir un esquema predictivo que le permita al cerebro aceptar o rechazar un estímulo según su conformidad con expectativas establecidas ¹⁸.

Del mismo modo, Gestalt ¹⁹ señala en su teoría que la percepción constituye una habilidad cognitiva empleada en la vida cotidiana; puesto que, en primera instancia, regula la información que recibimos del entorno a través de la interacción, y posteriormente organiza dichos estímulos en interpretaciones o juicios abstractos, lo que permite alcanzar una comprensión integral de la realidad.

En el profesional de enfermería, esta habilidad perceptual surge como resultado de una integración compleja entre el conocimiento teórico, la experiencia práctica y habilidades interpersonales, que le permite agudizar su capacidad de observación y detectar señales físicas o conductuales que indiquen posibles síntomas que padecen las personas bajo su cuidado, como el dolor, una sensación aflictiva recurrente en los establecimientos de salud ²⁰.

El dolor es un síntoma que ha acompañado a la humanidad desde tiempos remotos. Sus primeras explicaciones surgieron desde un enfoque fisiológico; como la teoría propuesta por Max Von Frey, quien planteó que la intensidad del dolor percibido por un individuo se relaciona directamente con el grado de daño tisular o físico, además de variar según la actividad de las fibras nerviosas ²¹.

No obstante, con el transcurso de los años y, sobre todo, en la última década, se han producido avances significativos en el campo de la investigación científica. Como resultado de estos progresos, se logró ampliar la comprensión del dolor, abarcando no solo aspectos fisiológicos, sino también componentes emocionales y subjetivos ²¹; en este sentido, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), en el año 2020, propuso una nueva definición que recoge esta visión integral: 'Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial ².

Este problema afecta con frecuencia a miles de personas, cuya percepción sobre el dolor se ve influenciada por diversos factores, entre los cuales destaca la edad; pues, cuanto más joven es el individuo, mayor es el temor, la ansiedad y el desconcierto que experimenta frente a esa sensación 'desconocida', lo que genera un impacto traumático y da lugar a experiencias negativas. Por su parte, el dolor pediátrico se define como aquel que experimentan los pacientes menores de dieciocho años; el cual, se clasifica en crónico cuando persiste por más de tres meses, y agudo cuando constituye una respuesta temporal ante un estímulo nocivo; asimismo, no se limita únicamente a una interpretación fisiológica, sino que también involucra dimensiones emocionales, cognitivas y socioculturales ²².

En los últimos años las investigaciones comenzaron a indagar sobre las experiencias subjetivas de este síntoma, determinando que los niños son capaces de manifestarlo según su etapa de desarrollo. Por ejemplo, en los lactantes, el llanto constituye el principal indicador, acompañado de gestos faciales y movimientos corporales característicos como la frente arrugada, los ojos fuertemente cerrados, la boca abierta y la barbilla temblorosa; por otro lado, los niños de entre 1 y 3 años lo manifiestan a través de un llanto inconsolable, acompañado de conductas agresivas como empujones, resistencia y una marcada tendencia a alejarse del estímulo doloroso. En cambio, entre los 4 y 5 años, los niños ya son capaces de expresar verbalmente la intensidad del dolor, por lo que buscan consuelo y protección en sus padres ²³.

Ante esta situación, las enfermeras deben poseer la capacidad para identificar de manera oportuna las necesidades del paciente; para que solo así, sus actividades y funciones estén dirigidas a proporcionar confort, agregando que actualmente tiene la autonomía necesaria para decidir como brindar el cuidado durante todo el proceso de atención, priorizando todas aquellas limitaciones que pongan en riesgo el bienestar del niño; estas acciones realizadas son denominadas intervenciones; las cuales, según McClosKey y Bulechek, se definen como: "Todo tratamiento basado en el juicio y conocimiento clínico que una enfermera realiza para obtener resultados positivos en el paciente" ^{24,25}.

Las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor pediátrico se sustentan en un enfoque integral y holístico, que combina la aplicación de evidencia científica, experiencia clínica y la adaptación a los recursos disponibles en el entorno de atención. Este proceso se inicia con una valoración exhaustiva, mediante el uso de herramientas o escalas estandarizadas que permiten evaluar parámetros como la localización, intensidad, tipo, duración y frecuencia

del dolor; asimismo, se implementan intervenciones terapéuticas que combinan la administración segura y oportuna de analgésicos con técnicas no farmacológicas, como la distracción, la aplicación de calor o frío y el contacto piel a piel, orientadas a aliviar el malestar, promover el bienestar y mitigar el impacto psicológico del dolor en el niño y su familia ²⁶.

Sin embargo, a pesar de que muchas veces el profesional de enfermería se encarga de brindar un cuidado integral y promover un entorno saludable, con la finalidad de crear un vínculo de confianza con el paciente, no siempre suele generarse o construirse; por el contrario, en algunos casos se forma un desbalance entre la enfermera y persona, pues existen diversos factores que impiden su desarrollo, estos son llamados "barreras"; las cuales, según el Colegio Internacional de Enfermeras (CIE) son limitaciones internas o externas que impiden el desarrollo profesional, a pesar de los esfuerzos continuos para lograr sus objetivos ²⁷.

Diferentes investigaciones han identificado barreras de carácter institucional como la falta de recursos y la sobrecarga laboral, pues con frecuencia las enfermeras deben asumir funciones ajenas a su rol debido a la escasez de personal en los establecimientos de salud. A ello se suma que la alta demanda de pacientes en ocasiones supera la capacidad de camas disponibles, lo que genera un ambiente de trabajo agotador, y conlleva a una evaluación deficiente del dolor o a la ausencia de reevaluaciones periódicas a medida que avanza el tiempo ²⁸.

A su vez, se presentan barreras de índole personal, como el desconocimiento, generalmente asociado a una preparación insuficiente sobre el manejo del dolor pediátrico en la etapa de pregrado o a la falta de acceso a programas de capacitación continua. Del mismo modo, influyen factores relacionados con la familia, cuyas creencias y percepciones acerca del dolor y su tratamiento, junto con las reacciones negativas que puede provocar la realización de procedimientos molestos o dolorosos, dificultan la construcción de un vínculo de confianza entre el profesional de enfermería, el paciente y sus cuidadores ²⁹.

Dado este contexto, para que el profesional de enfermería pueda llevar a cabo intervenciones efectivas, no basta con reconocer únicamente los signos clínicos evidentes; por el contrario, resulta imprescindible identificar también aquellos obstáculos sutiles que con frecuencia pasan inadvertidos. En este sentido, el ejercicio de la enfermería no debe limitarse a un abordaje estrictamente técnico, sino que, además, ha de integrar el componente psicosocial, pues solo así

se garantiza una atención integral y centrada en las necesidades reales del paciente y su familia³⁰.

Materiales y métodos.

El trabajo de investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo ³¹, orientado a interpretar las percepciones y experiencias vinculadas con la realidad estudiada. Su propósito fue comprender el significado que los profesionales de enfermería atribuyen a las barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico. De este modo se obtuvieron respuestas subjetivas que permitieron un análisis más profundo de la problemática.

Del mismo modo, se optó por un diseño cualitativo descriptivo ³² que permitió describir la percepción de los profesionales de enfermería sobre las barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico. A través de este enfoque, se documentó e interpretó la naturaleza del fenómeno, sin que ello implicara interferir en las respuestas de los participantes.

El escenario donde se desarrolló esta investigación fue el Hospital Las Mercedes, un establecimiento de salud de categoría II-2 ubicado en la ciudad de Chiclayo, región Lambayeque; el cual, según el portal InfoSUSALUD ³³, dispone de 43 servicios de consulta externa en diversas especialidades médicas, brindando atención integral a toda la población. En particular, los niños reciben cuidados en el servicio de pediatría, área que se divide en dos sectores: lactantes, que comprende a menores de 2 años, y preescolares, que corresponde a niños de 2 a 5 años.

La población de estudio estuvo conformada por 15 profesionales de enfermería; de ellos, 10 laboraban en el servicio de pediatría, distribuidos entre los sectores de lactantes y preescolares, con una experiencia laboral que oscilaba entre 5 y 30 años, mientras que los 5 restantes pertenecían al servicio de emergencia pediátrica, donde brindaban atención continua a pacientes en situaciones críticas, siendo el dolor el síntoma más frecuente al ingreso, según lo reportado por el personal de enfermería de dichos servicios.

La muestra quedó conformada por 12 profesionales de enfermería, seleccionados mediante la técnica de saturación y redundancia ³⁴; es decir, las entrevistas se dieron por concluidas cuando los discursos comenzaron a repetirse y dejaron de aportar información nueva. El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia ³⁵, estableciéndose como criterios de

inclusión a los profesionales de enfermería con más de dos años de experiencia en los servicios de pediatría y/o emergencia pediátrica, y como criterios de exclusión a aquellos que se encontraban cubriendo licencias por enfermedad, maternidad o vacaciones, así como a quienes participaron en la prueba piloto.

En cuanto a la técnica de recolección de datos, se utilizó la entrevista semiestructurada ³⁶; la cual, permitió entablar un diálogo entre entrevistador y participante, con la finalidad de obtener respuestas verbales que respondan a las preguntas planteadas; además, posibilitó adicionar repreguntas que profundizaron más sobre el objeto de estudio, favoreciendo así una comunicación más flexible entre ambas partes.

El instrumento utilizado fue la guía de entrevista (Anexo N° 1) elaborada por la investigadora en colaboración con la asesora temática, en función a los antecedentes y bases teóricas. Esta constó de datos generales, como: Seudónimo, edad, sexo, especialidad, tiempo de experiencia en el servicio y correo electrónico o número de WhatsApp, lo que permitió caracterizar a los participantes, cumpliendo así con el criterio de rigor científico de transferibilidad ³⁷; asimismo, incluyó seis preguntas abiertas; las cuales, fueron respondidas de manera presencial en un tiempo aproximado de 15 minutos previo consentimiento informado (Anexo N° 2)

Cabe destacar que el instrumento fue aprobado por cuatro expertos (Anexo N° 3) quienes brindaron sugerencias significativas para mejorar la calidad de las preguntas. La primera jueza experta es enfermera asistencial con cinco años de servicio y posee una maestría en gerencia de servicios de salud; la segunda, es enfermera asistencial con treinta y cinco años de experiencia laboral en el servicio de neonatología del HLM; además, cuenta con una maestría en enfermería; la tercera es docente con dieciocho años de experiencia universitaria y posee un grado de doctorado; finalmente, la cuarta experta, tiene un grado de doctorado en ciencias de enfermería y se desempeña como docente universitaria desde hace dieciocho años.

Una vez culminado el proceso de validación, se incorporaron las sugerencias recibidas y se realizaron ajustes en la redacción de las primeras cuatro preguntas, con el propósito de garantizar un lenguaje más claro y comprensible para los participantes. De esta manera, se consolidó el instrumento definitivo de recolección de datos, asegurando el cumplimiento del criterio de rigor científico de consistencia.

Posteriormente, se obtuvo la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación USAT (CIE), lo que autorizó la ejecución de la prueba piloto ³¹. Asimismo, se gestionó el permiso correspondiente en el Hospital Belén, donde se aplicó la prueba piloto a tres profesionales de enfermería que compartían características similares a las de la población de estudio. Esta permitió verificar la claridad y comprensión de las preguntas, identificar posibles dudas y asegurar que las respuestas se encontraran alineadas con el tema de investigación.

El trabajo de investigación siguió el siguiente procedimiento: El proyecto fue registrado en el Sistema de Gestión de Investigación (SGI) de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cumpliendo con los requisitos establecidos en su reglamento institucional; posteriormente, se presentó al jurado asignado por la Escuela de Enfermería, quienes evaluaron el estudio y emitieron sugerencias que contribuyeron a mejorar su calidad y claridad. Tras esta revisión, el proyecto fue remitido al Comité de Ética en Investigación USAT (CIE), el cual lo aprobó mediante la Resolución N.º 047–2025–USAT–FMED (Anexo N.º 4).

Seguidamente, se gestionó ante la Dirección de la Escuela de Enfermería la emisión de una carta de presentación dirigida a la Gerencia del Hospital Las Mercedes, con la finalidad de obtener la autorización correspondiente para la ejecución del estudio y el acceso a la población participante (Anexo N.º 5). Una vez obtenido el permiso institucional, se procedió al primer contacto con los profesionales de enfermería de los servicios de pediatría y emergencia pediátrica que cumplían los criterios de inclusión.

Durante este encuentro inicial, se explicó a los participantes los objetivos de la investigación, invitándolos a colaborar de manera voluntaria. Aquellos que aceptaron firmaron el consentimiento informado (Anexo N.º 2) y, con el fin de resguardar su identidad, a cada uno se le asignó un seudónimo inspirado en nombres de flores. Asimismo, se coordinó con ellos la fecha y horario más adecuados para las entrevistas, respetando su disponibilidad laboral y procurando un ambiente de confianza.

Las entrevistas se desarrollaron entre el 28 de febrero y el 31 de marzo del 2025 en la sala de descanso del personal de enfermería, un espacio que aseguraba privacidad, mínima interrupción y condiciones apropiadas para favorecer la concentración de los participantes. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 15 minutos y fue registrada mediante un

dispositivo de grabación de voz, en estricto cumplimiento de lo señalado en el consentimiento informado.

Posteriormente, en un plazo no mayor a cinco días, se retomó el contacto con los participantes a través de correo electrónico o WhatsApp, remitiéndoles las transcripciones de sus entrevistas. Esta fase tuvo como finalidad garantizar que el contenido reflejara con fidelidad sus declaraciones y experiencias; en ese sentido, se brindó a cada participante la posibilidad de revisar el material, realizar correcciones, añadir precisiones o solicitar la eliminación de fragmentos que consideraran pertinentes, lo cual permitió cumplir con los criterios de rigor científico de credibilidad y confirmabilidad ³⁷.

Cabe destacar que la información procesada y registrada será mantenida por un período de 2 años por fines de auditoría. Una vez transcurrido este tiempo, será eliminada para proteger la identidad del sujeto de estudio; de esta manera, se cumplirá con el criterio de auditabilidad ³⁷.

Por otra parte, los datos se procesaron a través del análisis de contenido temático ³⁸; el cual, se dividió en tres fases: Durante la fase de preanálisis, se escuchó los audios en varias ocasiones para luego realizar la transcripción textual de todas las respuestas. A continuación, se procedió a depurar los discursos, eliminando repeticiones innecesarias o palabras que no contribuían al análisis. Se adoptó un enfoque “emic”, respetando los discursos de los participantes en sus propios términos. Sin embargo, también se aplicó un enfoque “etic”, interpretando los relatos desde la perspectiva del investigador, pero sin alterar el significado original de los mismos.

Seguidamente se ejecutó la fase de codificación. Durante este proceso las declaraciones y comentarios de los participantes se convirtieron en unidades de significado precisas y coherentes, obteniendo la creación de 15 códigos que reflejaban partes significativas del discurso. Finalmente se efectuó la tercera fase denominada categorización; en la cual, los códigos fueron clasificados y divididos en tres categorías y ocho subcategorías en función en función a la similitud entre los diferentes contenidos, con el objetivo de reflejar fielmente los patrones y temas emergentes en los datos.

Del mismo modo se aseguró el cumplimiento de los principios éticos de la bioética ³⁹. En la etapa inicial se respetó el principio de autonomía; puesto que se proporcionó el consentimiento informado (Anexo N°2); en el cual, se incluía una explicación detallada del procedimiento a

realizar, riesgos, beneficios y medidas de confidencialidad, con la finalidad que los participantes contaran con la información necesaria para tomar decisiones plenamente informadas.

Posterior a ello se preservó el principio de justicia, velando por la imparcialidad en la selección de los participantes sin ningún tipo de discriminación; es decir, todos los profesionales de enfermería que cumplieran con los criterios de inclusión tuvieron la misma oportunidad de participar de manera voluntaria, asegurándose en todo momento un trato igualitario y respetuoso.

Finalmente se garantizó el cumplimiento del principio de beneficencia y no maleficencia, adoptando todas las medidas necesarias para proteger la integridad física y emocional de los profesionales de enfermería. De este modo, cada entrevista se llevó a cabo en un ambiente privado y tranquilo, evitando interrupciones en su jornada laboral; asimismo, se salvaguardó su confidencialidad mediante la asignación de seudónimos inspirados en nombres de flores.

Resultados y discusión

Tras un exhaustivo análisis de las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería del servicio de pediatría y/o emergencia pediátrica, se seleccionaron los discursos más representativos que reflejan adecuadamente cada una de las tres categorías establecidas.

A. CONDICIONES INSTITUCIONALES QUE OBSTACULIZAN EL MANEJO DEL DOLOR PEDIÁTRICO

El manejo del dolor pediátrico no solo depende del conocimiento y de las habilidades del personal de salud, sino también de las condiciones institucionales dentro de los entornos hospitalarios; las cuales, pueden facilitar o dificultar la aplicación de estrategias dirigidas a garantizar una atención de calidad. Por lo tanto, esta categoría se estructura en cuatro sub categorías, cada una enfocada en abordar los principales desafíos institucionales que impactan el cuidado pediátrico.

a. Infraestructura y recursos materiales inapropiados

Uno de los principales desafíos en la atención pediátrica radica en las limitaciones institucionales vinculadas a la infraestructura; puesto que, no siempre se dispone de áreas diferenciadas para ubicar a los pacientes según su

diagnóstico; como resultado, en una misma sala coinciden niños hospitalizados por cirugía, emergencia u otras patologías, lo que evidencia la carencia de espacios adecuados. Esta situación; además, restringe la aplicación de medidas no farmacológicas, pues la elevada rotación de pacientes obliga en determinados turnos a brindar cuidados en ambientes compartidos, reduciendo la posibilidad de generar un entorno tranquilo y seguro que favorezca intervenciones como el amamantamiento durante procedimientos dolorosos.

A esta situación se añade la insuficiente disponibilidad de insumos básicos y especializados; ya que, según lo referido por los profesionales de enfermería, a pesar de que el hospital entrega una dotación anual, hacia los últimos meses del año suele presentarse una escasez considerable de materiales como guantes, jeringas, equipos de venoclisis o volutrol; los cuales, no siempre están cubiertos por el SIS, generando malestar en los familiares al tener que adquirirlos por cuenta propia. Del mismo modo, el tratamiento del dolor en la población pediátrica exige precisión en la dosis y en los tiempos de administración; no obstante, solo se dispone de tres o cuatro bombas de infusión, lo que compromete la administración exacta de los medicamentos y, en consecuencia, la efectividad del tratamiento. Los participantes relataron lo siguiente:

“Otro aspecto institucional relevante es la infraestructura, ya que no siempre contamos con espacios adecuados para aplicar medidas no farmacológicas de alivio; por ejemplo, en algunos turnos, la alta rotación de pacientes obliga a atender a los bebés en espacios compartidos, lo que limita la posibilidad de crear un entorno tranquilo y seguro para aplicar técnicas como el amamantamiento durante procedimientos dolorosos” (Gardenia)

“Aunque anualmente se nos entrega una dotación de insumos, a partir de los meses de noviembre y diciembre suele presentarse una escasez considerable; en consecuencia, es común que nos quedemos sin guantes u otros materiales esenciales como jeringas, equipos de venoclisis o volutrol, debido a que el SIS no siempre cubre estos recursos. Esta situación genera malestar entre los familiares, especialmente cuando se solicita que los adquieran por su cuenta, lo que a menudo provoca molestias o la negativa a comprarlos” (Jazmín)

“[...] En el caso de los niños, los medicamentos deben administrarse en dosis exactas y dentro de tiempos precisos, especialmente en el tratamiento del dolor, donde incluso el fármaco más sencillo requiere un control minucioso. Para garantizar esto, dependemos de equipos médicos esenciales; no obstante, trabajamos en una sala compartida, atendiendo simultáneamente a varios niños, con solo tres o cuatro bombas de infusión disponibles, a pesar que son cruciales para un manejo eficaz. Esta falta de equipos nos obliga a recurrir a alternativas que no siempre garantizan una administración precisa de los medicamentos, lo que podría afectar la efectividad del tratamiento” (Violeta)

“[...] En varias ocasiones, nos vemos obligados a pedir a los padres que adquieran el abboath nipro para canalizar a los niños, ya que este dispositivo facilita el procedimiento de manera menos dolorosa y menos traumática; sin embargo, los abboath proporcionados por el hospital suelen ser toscos o demasiado gruesos, lo que dificulta su uso, ya que se dañan o doblan con facilidad, limitando su eficacia a un solo intento” (Rosa)

b. Escasez de personal y alta demanda asistencial

Desde la perspectiva de los participantes, la escasez de personal y la elevada carga asistencial actúan como barreras que repercuten directamente en la evaluación y manejo del dolor pediátrico. Esta situación se manifiesta con mayor intensidad en servicios como emergencia, donde la afluencia constante de pacientes supera con frecuencia la capacidad operativa del equipo de salud. Bajo estas condiciones, el tiempo destinado a cada niño se ve reducido, lo que conduce a priorizar signos clínicos más evidentes en lugar de realizar una valoración sistemática del dolor. En este contexto, el desgaste físico y emocional de los profesionales de enfermería se incrementa, comprometiendo su desempeño y capacidad de respuesta frente a las necesidades de los pacientes. Los participantes relataron lo siguiente:

“En el servicio de emergencia pediátrica, la elevada demanda de pacientes hace que el trabajo sea especialmente complejo; por un lado, la familia enfrenta sentimientos de angustia y ansiedad ante el estado de salud del niño; por otro, el profesional de enfermería asume una gran carga laboral. Bajo estas

condiciones, aunque lo ideal sería que un enfermero atienda entre tres y cinco pacientes, en la práctica suele responsabilizarse de diez a quince niños, lo que ocasiona un considerable desgaste físico y mental” (Clavel)

“La atención en emergencia pediátrica se ve marcada por una constante sobrecarga laboral; ya que, entre el 80 y el 90% de los casos suelen requerir cuidados de alta complejidad. Esta situación reduce de manera significativa el tiempo disponible para cada paciente, lo que provoca que la evaluación del dolor quede relegada frente a otros signos clínicos más evidentes. A ello se suma que, en determinadas circunstancias, el personal resulta tan limitado que asumir un número elevado de pacientes dificulta la aplicación de medidas no farmacológicas.” (Geranio)

“[...]Las normas técnicas establecen un máximo de seis niños por enfermera; no obstante, rara vez se cumplen en la práctica debido a la escasez de personal y a la limitada disponibilidad de equipos médicos. Como consecuencia, el profesional de enfermería se ve obligado a atender a un número mucho mayor de pacientes, lo que incrementa su desgaste físico y emocional. Esta situación no solo repercute en la capacidad de brindar un cuidado integral y oportuno, sino que también afecta de manera directa la experiencia y el bienestar del paciente pediátrico.” (Tulipán)

c. Protocolos desactualizados en el uso de escalas pediátricas

La valoración del dolor en la población pediátrica representa un desafío constante para el personal de enfermería, no solo por la subjetividad inherente a esta experiencia, sino también por la falta de lineamientos institucionales actualizados que orienten su abordaje. Aunque existen instrumentos diseñados para cada grupo etario, la ausencia de protocolos vigentes impide su aplicación sistemática y favorece la variabilidad en las prácticas clínicas. Esta situación repercute en la precisión de la evaluación y, en consecuencia, en la oportunidad del manejo del dolor; ante este escenario, los participantes relataron lo siguiente:

“[...] Si bien existen escalas específicas para cada grupo etario, en la práctica suele emplearse la escala EVA en los niños mayores y el llanto como referencia

en los más pequeños; de igual forma, existen escalas conductuales, pero la ausencia de protocolos actualizados limita su conocimiento y aplicación. Por ello, resulta imprescindible contar con una guía de práctica clínica que unifique el proceso de valoración del dolor y asegure un uso más coherente y eficaz de los recursos disponibles.” (Girasol)

Una de las principales dificultades en la valoración del dolor es la ausencia de una escala estandarizada y unificada en los servicios pediátricos, especialmente en emergencia. Dado que el dolor es una experiencia subjetiva, su evaluación en niños requiere de considerar múltiples factores, ya que un lactante no puede expresarlo del mismo modo que un adulto. Por ello, resulta fundamental contar con una escala que permita valorar el dolor en diferentes grados y adaptada a las características de la población pediátrica.” (Azucena)

“[...]En cuanto a la valoración del dolor, aunque existen escalas disponibles, en la práctica no se aplica de manera sistemática debido a la ausencia de un protocolo institucional que oriente su uso; puesto que, es importante considerar que la expresión del dolor en los niños no se reduce únicamente al llanto, ya que este también puede responder a otras causas, como el hambre o incomodidad. (Clavel)

d. Indicaciones médicas inoportunas

En el manejo del dolor pediátrico, el retraso en las indicaciones médicas constituye un obstáculo relevante para garantizar una atención adecuada. La ausencia de pautas claras y rutinarias en la historia clínica limita la autonomía del profesional de enfermería y retrasa la implementación de intervenciones oportunas, lo que prolonga innecesariamente el malestar del niño y genera tensión en la relación con la familia. Esta dependencia de la disponibilidad del médico, en lugar de un proceso sistemático previamente establecido, refleja una debilidad en la continuidad del cuidado. Ante este panorama, los participantes relataron lo siguiente:

“Una de las principales dificultades es que, cuando un paciente pediátrico llora a causa del dolor, el médico no acude de inmediato a evaluarlo y, en muchas

ocasiones, llega cuando el episodio ya ha pasado; lo cual, genera tensión con la madre o los familiares, quienes se muestran intranquilos al ver que el niño sufre sin recibir atención oportuna. La situación se agrava porque no siempre se deja indicada de manera rutinaria la pauta del manejo del dolor, lo que limita la capacidad del personal de intervenir con rapidez y obliga a esperar una nueva orden médica antes de actuar.” (Margarita)

“En varias ocasiones, el manejo del dolor no queda registrado como una indicación prioritaria en la historia clínica y eso retrasa la atención. Muchas veces debemos esperar a que el médico vuelva a pasar visita para que deje pautas específicas, lo cual genera demoras innecesarias. Esta falta de continuidad en las órdenes médicas hace que el control del dolor dependa demasiado de la disponibilidad del médico, en lugar de ser un proceso sistemático que podamos aplicar de inmediato.” (Gardenia)

B. OBSTÁCULOS EN LA EVALUACIÓN Y EXPRESIÓN DEL DOLOR EN EL NIÑO

La evaluación del dolor en niños representa un reto en la práctica clínica, especialmente en los más pequeños, quienes no siempre pueden comunicar su malestar de manera verbal. Esta dificultad puede llevar a subestimaciones o interpretaciones incorrectas del dolor, comprometiendo la eficacia del cuidado; por ello, esta categoría se divide en dos subcategorías, destinadas a explorar los principales obstáculos relacionados con la capacidad del niño para expresar el dolor y con la percepción que tienen los profesionales sobre su intensidad.

a. Limitada capacidad del niño para expresar dolor

Uno de los principales desafíos en la valoración pediátrica se encuentra en la limitada capacidad de comunicación de los niños más pequeños, especialmente los lactantes. Al no poder expresar su malestar de forma verbal, el personal de enfermería depende principalmente de señales observables, siendo el llanto la manifestación más evidente; sin embargo, esta señal no siempre es específica, pues puede responder a hambre, miedo u otras causas. Además, la expresión varía entre los niños; ya que, mientras algunos lloran intensamente ante situaciones dolorosas, otros pueden sufrir sin

manifestaciones claras, lo que obliga a mantener una observación constante y estrategias adaptadas a cada caso. Los participantes relataron lo siguiente:

“En esta área atendemos a lactantes, y la principal dificultad es que no pueden comunicar su dolor, por lo que el llanto se convierte en la señal más importante del malestar; no obstante, es necesario aprender a diferenciar los tipos de llanto, ya que pueden llorar por hambre u otras causas, y no necesariamente por dolor. Por ello, la edad del niño constituye una barrera significativa durante la valoración.” (Lirio)

“[...]En algunos casos, los niños lloran más por miedo que por dolor, mientras que otros pueden estar sufriendo sin manifestarlo de forma evidente; además, la percepción del dolor varía considerablemente entre ellos, lo que complica aún más su evaluación” (Jazmín)

“[...]A diferencia de los niños mayores, que pueden expresar su malestar mediante escalas numéricas, los lactantes no logran comunicar su dolor verbalmente; en estos casos, el llanto se convierte prácticamente en la única señal observable, lo que complica considerablemente la evaluación del dolor” (Margarita)

b. Subestimación del dolor pediátrico

Uno de los obstáculos en la atención pediátrica es la persistencia de creencias erróneas que minimizan o restan validez a la experiencia del dolor en los niños. Estas percepciones, aún presentes en la práctica clínica, llevan a considerar innecesarias las intervenciones analgésicas, invisibilizando el sufrimiento infantil y retrasando su alivio oportuno. A ello se suma la falta de una cultura institucional que integre de manera sistemática la valoración del dolor dentro de la atención inicial; del mismo modo, se observa una tendencia a priorizar la eficacia y la rapidez en los procedimientos clínicos, por encima de la aplicación de medidas preventivas para mitigar el dolor, lo que implica que los bebés reciban alivio solo después de haber sido expuestos al malestar. Los participantes relataron lo siguiente:

“Es necesario erradicar la idea equivocada de que el niño no experimenta dolor; ya que, incluso en la práctica clínica, cuando se solicita una indicación para aliviar el cólico, la respuesta frecuente suele ser que la lactancia materna no lo provoca; sin embargo, dicha afirmación refleja una creencia persistente que tiende a minimizar el sufrimiento del paciente. Superar esta barrera resulta esencial, pues el niño si percibe dolor y diversos estímulos pueden generarle incomodidad o malestar.” (Margarita)

“[...] A ello se suma la ausencia de una cultura institucional que incorpore la valoración del dolor como parte obligatoria de la atención inicial, a diferencia de lo que ocurre con la medición de los signos vitales; en consecuencia, durante los periodos de alta demanda, la identificación y el tratamiento del dolor suelen dejar de ser una prioridad.” (Geranio)

“[...] Se observa una tendencia a priorizar los procedimientos clínicos por encima del confort del bebé, de modo que intervenciones como la extracción de sangre o canalización de una vía endovenosa suelen realizarse sin medidas previas de mitigación del dolor, bajo el argumento de privilegiar la rapidez o la practicidad. En consecuencia, en muchos casos los bebés reciben alivio únicamente después de haber experimentado dolor, cuando lo ideal sería aplicar estrategias anticipadas que permitan minimizar su impacto.” (Gardenia)

C. INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL MANEJO DEL DOLOR PEDIÁTRICO

La participación de los familiares en la atención pediátrica influye de manera significativa en la experiencia del niño durante procedimientos dolorosos. Sus creencias, actitudes y expectativas pueden condicionar a la aceptación de los tratamientos y; en algunos casos, retrasar la intervención del profesional de salud; asimismo, la presencia del acompañante puede proporcionar seguridad y apoyo emocional; no obstante, también puede generar resistencia, miedo o ansiedad, afectando la conducta del niño y la eficacia de los cuidados de enfermería. Por ello, esta categoría se divide en dos subcategorías que permiten analizar cómo la intervención familiar puede favorecer o limitar el manejo adecuado del dolor en los pacientes pediátricos.

a. Creencias y actitudes familiares

Los profesionales de enfermería señalaron que las creencias y actitudes de los familiares influyen de manera significativa en cómo los niños perciben y expresan el dolor. Estas perspectivas, moldeadas por experiencias previas, costumbres y creencias culturales, pueden generar dudas o resistencia frente a las indicaciones médicas, afectando la eficacia de las intervenciones de enfermería; además, influyen en la manera en que los niños enfrentan los procedimientos dolorosos, condicionando tanto su comportamiento como su bienestar emocional durante la atención. Los participantes relataron lo siguiente:

“En la emergencia pediátrica, uno de los principales desafíos está relacionado con el contexto cultural y familiar de los pacientes, quienes provienen de entornos con costumbres y hábitos diversos, lo que influye en la percepción del dolor, considerado a menudo como un fenómeno cultural vinculado a las prácticas ancestrales como el “mal de ojo”, el “susto” o el “daño”. Esta situación representa una barrera importante; ya que, al intentar administrar un medicamento según la indicación médica, surge dudas o resistencia por parte de los familiares; quienes, antes de aceptar la intervención, suelen preguntar: “¿No será que el dolor se debe a otra causa?” o prefieren recurrir a prácticas tradicionales como el sobado, lo que retrasa la aplicación del tratamiento.” (Clavel)

“Otro desafío importante radica en la respuesta de los padres o cuidadores; en algunos casos, subestiman el dolor de sus hijos, considerando que pueden tolerarlo sin intervención; en otros, su exceso de angustia transmite ansiedad al niño, dificultando aún más su tranquilidad. Asimismo, las creencias culturales o la desconfianza hacia ciertos tratamientos, como el uso de analgésicos; llevan a que, en ocasiones, prefieran remedios caseros o métodos propios antes que aceptar su medicación. Si bien estas actitudes son comprensibles por respeto a sus costumbres, pueden retrasar la provisión de un cuidado más adecuado” (Jazmín)

b. Influencia del acompañante en la conducta del niño

En esta subcategoría se evidenció que la presencia del familiar durante la atención pediátrica puede tener un doble efecto: por un lado, brindar soporte emocional y seguridad al menor; y por otro, generar conductas de resistencia o ansiedad que interfieren en la valoración del dolor. Este fenómeno se acentúa con mayor frecuencia en los niños pequeños, quienes suelen mostrar un apego más marcado hacia sus cuidadores, lo que condiciona su respuesta frente al personal de enfermería. Asimismo, la concurrencia de varios familiares en áreas críticas, como emergencia, contribuye a un ambiente tenso que incrementa el malestar del paciente. Los participantes relataron lo siguiente:

“Otra dificultad se relaciona con la presencia de familiares, especialmente en niños pequeños, ya que su comportamiento puede verse influenciado por ellos; por ejemplo, un apego excesivo puede interferir en la valoración del dolor realizada por el profesional de salud. Asimismo, cuando varios familiares ingresan al área de emergencia pediátrica, se puede generar un ambiente cargado que aumenta el estrés del niño; en estos casos, resulta necesario evaluar si la presencia del padre o madre realmente favorece el bienestar del paciente; de no ser así, lo más adecuado es solicitar que esperen afuera del área durante la valoración, aunque lo ideal es que el familiar funcione como un soporte emocional; sin embargo, en ciertas circunstancias su miedo puede interferir en ello” (Azucena)

“La presencia del familiar, especialmente en niños pequeños, puede influenciar en su comportamiento; ya que, suelen mostrarse más reacios ante la enfermera cuando están acompañados por la madre u otro cuidador, lo que puede dificultar la evaluación precisa de su estado de salud” (Orquídea)

Discusión

En la primera categoría “Condiciones institucionales que obstaculizan el manejo del dolor pediátrico”, se evidencia que las limitaciones de tipo estructural y organizacional constituyen un obstáculo para garantizar una atención oportuna y de calidad. En este marco, emergió la primera subcategoría “infraestructura y recursos materiales inapropiados” donde los profesionales de enfermería identificaron que, ante la escasez de espacios adecuados y la alta rotación de pacientes, se ven obligados a proporcionar atención a los niños en áreas compartidas; lo cual, impide crear un entorno tranquilo y seguro para la aplicación de técnicas no farmacológicas durante procedimientos dolorosos. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Berihun et al.⁴⁰; quienes señalan que, ante la falta de instalaciones apropiadas, sumada a la necesidad de ubicar a varios pacientes simultáneamente, se dificulta la provisión de una atención individualizada, evidenciando cómo las restricciones físicas del hospital repercuten directamente en la calidad del manejo del dolor pediátrico.

Este problema también se ve agravado por la carencia de recursos materiales esenciales; lo cual, constituye un factor determinante para garantizar un cuidado oportuno y seguro, ya que limita la disponibilidad de insumos necesarios para la realización de procedimientos y dificulta la ejecución eficiente de las acciones planificadas. Estos resultados guardan relación con lo señalado por Hougaard y Smeland⁴¹, quienes sostienen que la insuficiencia de insumos organizativos y materiales constituye un obstáculo crítico que reduce la efectividad del equipo de salud y afecta directamente la calidad de las intervenciones.

A ello se suma la limitada disponibilidad de equipos especializados para la administración de analgésicos, lo que representa un obstáculo importante para que el personal de enfermería asegure la dosificación precisa y la aplicación segura de los medicamentos. Esta situación coincide con lo planteado por Jones y Walter⁴², quienes destacan que, en el ámbito pediátrico, la escasez de dispositivos médicos adecuados constituye un desafío persistente, ya que frecuentemente no se dispone de alternativas adaptadas a las necesidades específicas de los niños, dificultando la correcta ejecución de los procedimientos. Además, esta carencia repercute en el entorno familiar, ya que los cuidadores deben asumir la adquisición de insumos no cubiertos por el sistema de salud, lo que genera incomodidad y sobrecarga económica; realidad que, a su vez, guarda similitud con lo señalado por Oduro et al.⁴³, quienes destacan que la falta de recursos en los servicios de salud incrementa la carga familiar durante el cuidado del niño.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que las limitaciones estructurales y de recursos no solo afectan directamente la capacidad del personal de enfermería para brindar un manejo del dolor pediátrico oportuno y seguro, sino que también trasladan una carga significativa al entorno familiar; por lo tanto, resulta fundamental que las instituciones de salud prioricen la inversión en infraestructura adecuada, así como en la disponibilidad de recursos materiales suficientes y equipos especializados, ya que solo mediante la mejora de estas condiciones se puede garantizar una atención centrada en el niño y en la familia que promueva intervenciones más efectivas, seguras y humanizadas ⁴⁴.

Por otro lado, se identificó la subcategoría ‘escasez de personal y alta demanda asistencial’, en la cual los profesionales de enfermería señalaron la constante discrepancia entre el número de pacientes y el personal disponible. Aunque las normas técnicas establecen un máximo de seis niños por enfermera, en la práctica este límite rara vez se cumple debido a la elevada carga laboral. Esta circunstancia coincide con lo evidenciado por Elsagh et al. ⁴⁵, quienes reportan que, en ocasiones, una enfermera debe atender a cuatro o cinco bebés por turno, con tareas impredecibles que se extienden hasta el final de la jornada.

Como consecuencia, el tiempo destinado a cada paciente se ve considerablemente reducido, lo que lleva a relegar la evaluación del dolor frente a otros signos clínicos más evidentes y a dificultar la implementación de medidas no farmacológicas, que requieren atención individualizada y dedicación específica. Este escenario se alinea con lo señalado por Amponsah et al. ⁴⁶, quienes sostienen que, al atender simultáneamente a varios pacientes, el personal no dispone del tiempo necesario para aplicar estrategias como la terapia de distracción u otras intervenciones de cuidado

Esta realidad evidencia la necesidad de distribuir de manera óptima el personal de enfermería; ya que, la sobrecarga laboral restringe la atención integral y puede repercutir negativamente tanto en el bienestar de los pacientes como en la motivación y desempeño del equipo de trabajo. En este sentido, contar con un número adecuado de profesionales permitirá cumplir con los estándares técnicos, asegurar la aplicación efectiva de estrategias de manejo del dolor adaptadas a las necesidades individuales de cada niño y favorecer un cuidado seguro, humanizado y centrado en el paciente y su familia ⁴⁶.

Por otro lado, se identificó la subcategoría ‘protocolos desactualizados en el uso de escalas pediátricas’, que evidencia cómo la ausencia de lineamientos institucionales vigentes dificulta

la evaluación sistemática del dolor en niños. Aunque los profesionales de enfermería reconocen la existencia de escalas diseñadas para distintos grupos etarios, la falta de directrices definidas limita su utilización de manera uniforme, generando variabilidad en la práctica clínica y reduciendo la precisión de la valoración. Estos hallazgos guardan relación con lo señalado por Durango et al.⁴⁷, quienes destacan que, para garantizar un manejo óptimo del dolor pediátrico, es fundamental seleccionar y aplicar herramientas de evaluación adecuadas; en consecuencia, la ausencia de protocolos actualizados constituye un obstáculo para la correcta implementación de las escalas disponibles, lo que restringe la eficacia del alivio del dolor.

Dado que el dolor es una experiencia subjetiva, su valoración en niños requiere considerar múltiples factores, ya que un lactante no puede expresarlo de la misma manera que un niño mayor o un adulto. Por ello, es necesario contar con escalas que permitan medir el dolor en distintos niveles y que estén adaptadas a las características de cada grupo etario, tal como señala Abdel et al.⁴⁸, quien indica que la utilización de herramientas de evaluación apropiadas para la edad es esencial para identificar el dolor de manera precisa y planificar intervenciones ajustadas a las necesidades del paciente pediátrico.

Finalmente, la subcategoría “Indicaciones médicas inoportunas” evidencia una problemática que, últimamente, se ha observado de manera recurrente en el cuidado del dolor pediátrico: la demora en la atención ante episodios agudo y la falta de órdenes anticipadas para su intervención. Los profesionales de enfermería señalaron que, en múltiples ocasiones, el personal médico no responde con prontitud cuando el niño presenta llanto o molestias intensas, generando angustia en los cuidadores y aumentando la tensión en el equipo de enfermería. Esta realidad coincide con el estudio realizado por Boamah et al.⁴⁹, cuyos resultados indicaron que las prescripciones médicas inadecuadas y la disponibilidad insuficiente de órdenes antes de los procedimientos comprometen la capacidad de los profesionales de enfermería para brindar una atención rápida y efectiva.

La situación se ve además agravada por la ausencia de pautas estandarizadas, obligando al personal de enfermería a depender constantemente de nuevas indicaciones antes de intervenir. Este resultado guarda relación con lo reportado por Hougaard et al.⁴¹, quienes señalaron que la falta de prescripciones previas y la baja prioridad asignada al dolor, evidencian un abordaje fragmentado y poco organizado, generando incertidumbre en la planificación del cuidado y restringiendo la autonomía del profesional de enfermería.

Estos hechos ponen en evidencia la urgencia de establecer protocolos claros y anticipados para el manejo del dolor pediátrico; de manera que, el personal de enfermería pueda intervenir con rapidez y eficacia, reduciendo tanto la angustia de los niños como la de sus cuidadores; además, resalta la importancia de fortalecer la comunicación y coordinación entre médicos y enfermeras, lo que permitiría un abordaje más organizado y coherente del cuidado. En consecuencia, estas acciones no solo mejorarían la calidad del cuidado, sino que también contribuirían a la eficiencia del equipo de salud y a la reducción de la incertidumbre en la planificación de intervenciones ⁴¹.

En la segunda categoría denominada “Obstáculos en la evaluación y expresión del dolor en el niño” se identificaron factores que dificultan una correcta valoración del dolor pediátrico; los cuales, repercuten en la capacidad del profesional de enfermería para reconocer de manera oportuna las necesidades del paciente. A partir de ello, emergió la subcategoría “Limitada capacidad del niño para expresar dolor”, donde los participantes señalaron que la edad constituye una barrera relevante; ya que en los más pequeños la imposibilidad de expresar verbalmente su malestar convierte al llanto en el la principal señal observable; no obstante, esta manifestación resulta ambigua, pues puede responder a múltiples causas no siempre relacionadas con el dolor, lo que incrementa la complejidad del proceso de identificación.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Amponsah et al ⁴⁶, quienes indican que la escasa capacidad de comunicación verbal o el vocabulario reducido de los niños obliga al personal de enfermería a basarse principalmente en manifestaciones conductuales, como las expresiones faciales, los movimientos corporales, el llanto o la facilidad para ser consolados; sin embargo, estos indicadores carecen de especificidad para el dolor, pues también reflejan otras causas, lo que genera incertidumbre en la valoración e influye en la toma de decisiones.

Además, la expresión del dolor varía entre los niños; ya que, mientras algunos lloran intensamente, otros pueden sufrir sin manifestaciones evidentes; en este sentido, los participantes mencionaron que, en ocasiones, el llanto se relaciona más con el miedo que con el dolor. Este hallazgo coincide con lo señalado por Whitley et. al.⁵⁰, quienes señalan que emociones como el temor y la ansiedad pueden confundirse con dolor intenso, lo que dificulta su evaluación y, en determinados casos, conduce a una sobreestimación de la intensidad percibida.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que la evaluación del dolor pediátrico constituye un proceso complejo, condicionado no solo por la limitada capacidad de comunicación del niño, sino también por la subjetividad inherente a las manifestaciones conductuales. Este panorama plantea la necesidad de que el profesional de enfermería desarrolle competencias específicas para interpretar estas señales, complementándolas con herramientas validadas y un juicio clínico integral. Por lo tanto, reflexionar sobre esta dificultad permite reconocer que, sin un abordaje cuidadoso y sistemático, existe el riesgo de subestimar o sobredimensionar el dolor, lo que puede derivar en intervenciones inadecuadas ⁵⁰.

No obstante, también se identificaron otros factores que dificultan una adecuada valoración del dolor pediátrico; entre ellos, la persistencia de creencias erróneas en la práctica clínica. Por ello, emergió la subcategoría “Subestimación del dolor pediátrico”, donde los participantes relataron que prevalece la idea equivocada de que la población pediátrica, en especial los lactantes, no experimentan dolor, lo que conduce a desestimar sus manifestaciones de incomodidad y retrasar la aplicación de intervenciones analgésicas. Este resultado guarda concordancia con lo planteado por Kyei et al.⁵¹; quienes, en su estudio, evidencian que en determinados entornos clínicos se mantienen creencias que llevan a interpretar el llanto como un fenómeno normal y no necesariamente como expresión del dolor; asimismo, destacan que, incluso cuando los niños logran verbalizar su malestar, este tiende a ser minimizado y atribuido a simples conductas de resistencia frente a los procedimientos.

Esta situación puede explicarse por la ausencia de una cultura institucional; ya que, según los profesionales de enfermería que participaron en el estudio, la valoración del dolor no se percibe como parte obligatoria de la atención inicial, a diferencia de lo que ocurre con la medición de los signos vitales; en consecuencia, durante los periodos de alta demanda, la identificación del dolor suele dejar de ser una prioridad. Esto coincide con lo reportado por Atefeh ⁵², al señalar que una cultura organizacional desalineada, caracterizada por la falta de priorización del dolor y la limitada implementación de prácticas basadas en la evidencia, constituye una barrera significativa; asimismo, destaca que la costumbre individual de los profesionales sanitarios de no priorizar el dolor se ve reforzada por la práctica vigente; ya que, este no se evalúa de manera sistemática en comparación con otros signos vitales.

Del mismo modo, se evidencia que los procedimientos como la extracción de sangre o la canalización de vías endovenosas tienden a priorizarse por sobre el confort del bebé,

realizándose con frecuencia sin estrategias previas de mitigación del dolor; lo cual, refleja una orientación hacia la rapidez y eficacia, en lugar de centrarse en el bienestar del niño. Este hallazgo es similar a lo descrito por Elsag et al ⁵³., cuyos resultados identificaron que tareas como la aplicación de inyecciones o la colocación de vías intravenosas se priorizan sobre el manejo del dolor; indicando que, los aspectos emocionales y psicológicos del bebé no siempre reciben la atención necesaria.

Al reflexionar sobre los hallazgos obtenidos, resulta evidente que las creencias erróneas sobre la experiencia del dolor en niños, sumadas a la prioridad otorgada a procedimientos técnicos y a la carencia de una cultura institucional que respalde una atención integral, limitan la capacidad del profesional de enfermería para percibir y aliviar oportunamente el dolor infantil; lo que evidencia que, en la actualidad, este todavía tiende a subestimarse. Por lo tanto, esta situación subraya la urgencia de fortalecer la formación del profesional de enfermería, implementar protocolos sistemáticos para la valoración del dolor y promover una cultura organizacional que equilibre la eficacia de los procedimientos con un cuidado centrado en el bienestar físico, emocional y psicológico del paciente ⁵².

En la tercera categoría “Intervención familiar en el manejo del dolor pediátrico” se analizó cómo las creencias, actitudes y conductas de los familiares inciden directamente en la percepción y manejo del dolor en los niños; así como, en la ejecución de las intervenciones de enfermería durante los procedimientos. En este contexto, surgió la primera subcategoría “Creencias y actitudes familiares” donde los profesionales de enfermería señalaron que las creencias y prácticas culturales de los familiares, como atribuir los malestares al “mal de ojo”, “susto” o “daño”; así como, recurrir a la medicina tradicional, condicionan la forma en que se reconoce y responde al dolor pediátrico, afectando la ejecución de las intervenciones de enfermería y la interacción con el paciente. Dogmas que también se evidencian en el estudio de Berihun et al. ⁴⁰ quienes identificaron que los conceptos erróneos de los familiares, incluyendo la atribución de síntomas al “mal de ojo”, representa un factor que influye directamente en la valoración y atención del dolor pediátrico, mostrando cómo la cultura y los hábitos de los cuidadores moldean la percepción y expresión del dolor en los niños.

De manera complementaria se evidenciaron casos en que los padres o cuidadores primarios expresaban un exceso de angustia frente al dolor de sus hijos. Esta respuesta emocional repercutía en el niño, aumentando su ansiedad y; en consecuencia, el desempeño de las

intervenciones de enfermería se veía afectadas. De manera similar, Greenfield ⁵³ plantea en su estudio que la actitud de los familiares influye de forma significativa en el bienestar del niño durante la atención, demostrando la pertinencia de involucrar activamente a la familia en la educación durante la evaluación del dolor.

Estos hallazgos reflejan que la intervención de los familiares en el manejo del dolor pediátrico no depende únicamente de su disponibilidad y participación, sino también de sus creencias, actitudes y emociones. Por ello, resulta fundamental que los profesionales de enfermería integren la educación, la comunicación clara y la sensibilidad cultural en su práctica, promoviendo un entorno de confianza y colaboración que permita al niño recibir un manejo del dolor seguro, oportuno y adaptado a su contexto familiar ⁵³.

No obstante, también se identificaron otros factores relacionados con la familia que influyen directamente en la conducta del niño. Por lo tanto, emergió la subcategoría “Influencia del acompañante en la conducta del niño”, dado que los profesionales de enfermería reconocieron que la presencia del familiar puede brindar soporte emocional y seguridad al menor, pero al mismo tiempo puede generar conductas de resistencia o ansiedad que interfieren en la valoración y manejo del dolor, ya que suelen mostrarse más reacios ante la enfermera cuando están acompañados. De manera consistente, Atefeh ⁵² señala que la presencia de padres y familiares puede dificultar la capacidad del niño para cooperar, especialmente durante procedimientos, generando comportamientos de resistencia o ansiedad que afectan la interacción con el personal de enfermería.

Asimismo, se observó que el apego excesivo y la presencia simultánea de varios familiares en un mismo espacio pueden generar un ambiente sobrecargado que incrementa el estrés del paciente pediátrico. Esta situación respalda lo argumentado por Greenfield ⁵³; quien en su estudio destaca que la presencia de diversos cuidadores puede intensificar la ansiedad del niño y afectar su comportamiento durante el cuidado.

En consecuencia, estos hallazgos ponen de relieve la importancia de considerar la influencia de los familiares en la conducta del niño durante el manejo del dolor. La presencia de acompañantes puede ser un recurso valioso para brindar seguridad y apoyo emocional, pero también puede generar ansiedad o resistencia que dificulte la valoración y la aplicación de intervenciones de enfermería. Por ello, resulta fundamental que los profesionales integren

estrategias de comunicación efectiva, educación y manejo del entorno familiar, promoviendo un equilibrio entre la participación del cuidador y la autonomía del niño, de manera que se facilite un cuidado seguro, oportuno y adaptado a sus necesidades emocionales ⁵⁴.

Conclusiones

Los resultados de este estudio permitieron comprender que el manejo del dolor pediátrico constituye un desafío que trasciende el ámbito clínico, pues no depende únicamente del conocimiento técnico ni de las competencias del profesional de enfermería, sino que se encuentra condicionado por un conjunto de factores que limitan la calidad y la oportunidad de las intervenciones. Entre estos, los participantes identificaron barreras institucionales, tales como: precariedad en la infraestructura, la falta de insumos esenciales, escasez de personal, ausencia de protocolos actualizados e indicaciones médicas inoportunas. Estas condiciones afectan directamente la capacidad del profesional de enfermería para brindar un cuidado oportuno y de calidad, incrementando la probabilidad de que el dolor pediátrico se prolongue innecesariamente y; además, repercute de manera negativa en la experiencia y bienestar del paciente.

No obstante, también se identificaron dificultades inherentes a la comunicación del niño; las cuales, generan incertidumbre en la interpretación clínica, principalmente en lactantes y preescolares, lo que obligó al personal a recurrir a manifestaciones indirectas como el llanto o la conducta; sin embargo, reconocieron que estas señales no siempre permitieron estimar con precisión la intensidad del malestar. A ello se sumó la persistencia de creencias erróneas que tendieron a subestimar el dolor pediátrico, llevando a priorizar otros signos clínicos por encima de su abordaje oportuno.

Finalmente, la participación de la familia constituye un elemento de doble influencia. Por un lado, su presencia brinda seguridad emocional y favorece el afrontamiento del niño; pero, por otro, puede interferir en el cuidado de enfermería cuando surgen actitudes de resistencia, desconfianza hacia los tratamientos o transmisión de ansiedad. Asimismo, las creencias y prácticas culturales influyen directamente en la aceptación de las intervenciones y, en determinados casos, limitan la efectividad de las estrategias en manejo del dolor.

Como resultado, se concluye que los profesionales de enfermería identificaron estos factores como obstáculos que limitan la realización de intervenciones oportunas e integrales. Sus

experiencias permitieron visibilizar que el verdadero reto no se limita únicamente a la aplicación de técnicas clínicas, sino que implica transformar la cultura del cuidado hacia una práctica más segura, empática y basada en la evidencia. En este sentido, resulta fundamental priorizar estos cambios en todas las instituciones de salud, dado que requieren ajustes urgentes en la organización, la formación del personal y la interacción con la familia.

Recomendaciones

A las instituciones de salud

En primer lugar, se recomienda a las instituciones de salud priorizar la provisión adecuada de materiales y recursos humanos; con la finalidad de asegurar el abastecimiento continuo de insumos básicos y disminuir la sobrecarga laboral. Esta medida no solo contribuiría a reducir el estrés de los profesionales de enfermería; sino que también permitirá intervenciones más eficaces que promuevan un cuidado individualizado al niño y su familia.

En la misma línea es fundamental que los profesionales de enfermería tengan a su disposición instrumentos estandarizados que faciliten una valoración precisa del paciente pediátrico; con este propósito se requiere actualizar y aplicar protocolos que orienten las acciones ante el dolor, garantizando intervenciones oportunas y pertinentes. Finalmente es necesario incorporar medidas que aseguren la calidad del cuidado, permitiendo que los progresos obtenidos perduren en el tiempo.

A los profesionales de enfermería

Se recomienda que los profesionales de enfermería continúen capacitándose en el uso adecuado de escalas de evaluación, la aplicación de estrategias no farmacológicas y el desarrollo de técnicas de comunicación adaptadas a la edad y al nivel de comprensión del niño y su familia. Asimismo, es fundamental fortalecer su autonomía profesional y mejorar la calidad del cuidado mediante la integración sistemática de la evidencia científica en su práctica diaria.

A las universidades y escuelas de enfermería

Se recomienda que las instituciones formadoras fortalezcan sus planes de estudio incorporando temas sobre el manejo integral del dolor pediátrico, incluyendo experiencias prácticas en escenarios clínicos y metodologías de simulación. Asimismo, es necesario promover la investigación en este campo, ya que solo de este modo las nuevas generaciones de profesionales de la salud podrán adquirir conocimientos sólidos para enfrentar estas barreras y brindar un cuidado centrado en las necesidades del niño.

Referencias

1. Sánchez M, Sandoval G, Flores L. Percepción sobre la valoración del dolor en la población pediátrica por el personal de enfermería. J. Sci. MQR Investig [Internet]. 2023 [citado 02 septiembre 2024]; 7(4): 75-87. Disponible en: <https://acortar.link/4FqKFS>
2. Pérez J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2020 [citado 02 de septiembre 2024]; 27(4): 232-233. Disponible en: <https://acortar.link/CGUrp5>
3. Carrasco M, Zurita J, Guerrero A. Evaluación y manejo del dolor en niños hospitalizados. Rev. Mex. Pediatr. [Internet]. 2022 [citado 02 septiembre 2024]; 89 (5): 177 – 179. Disponible en: <https://acortar.link/6wXfXZ>
4. Mozo Y, Toledo B, Navarro L, Leyva M, Monfort L, et al. Situación actual y retos de los pediatras españoles en el manejo del dolor infantil. An Pediatr [Internet]. 2022 [citado 04 septiembre 2024]; 97 (3): 207. Disponible en: <https://acortar.link/ePX34n>
5. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático pediátrico [Internet]. Lima: Unidad de Atención Integral Especializada - Centro Quirúrgico y Anestesiología; 2021 [citado 04 sep. 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/a3qBCa>
6. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo en pediatría. Lima: Unidad de Atención Integral Especializada - Servicio de Emergencia. Ministerio de salud; 2021 [citado 04 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/JL7vmF>
7. De Souza A, Lesting G, Carvalho J, Rossato L. Manejo del dolor en niños hospitalizados: Desvelando barreras desde la perspectiva de enfermería. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2024 [citado 05 de sep 2024]; 45. Disponible en: <https://acortar.link/gUhiDA>
8. Tagele T, Berhe Y, Lema G. Conocimiento y actitud hacia el manejo del dolor pediátrico entre enfermeras en hospitales terciarios de Etiopía; un estudio multicéntrico. BMC. Nurs. [Internet]. 2023 [citado 05 de septiembre del 2024]; 22:84. Disponible: <https://acortar.link/CSYaXL>
9. Abouzida S, Bourgault P, Lafrenaye S. Observación de las enfermeras de la sala de emergencias que manejan el dolor pediátrico. Pain Manag Nurs [Internet]. 2020 [citado 07 de septiembre del 2024]; 21(6): 488 – 494. Disponible en: <https://acortar.link/Fu0gdG>

10. Skog N, Mesic M., Dykes A, Vejzovic V. Evaluación del dolor desde la perspectiva de las enfermeras suecas. *J Spec. Pediatr. Nurs* [Internet]. 2020 [citado 06 de septiembre 2024]; 26(3): 12 – 17. Disponible en: <https://acortar.link/4pHMeJ>
11. Pinedo L, Jaime H. Conocimiento del dolor pediátrico y manejo por el profesional de salud del Servicio de Emergencia del Hospital de Tingo María [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2017 [citado 05 de septiembre de 2024]. 120 p. Disponible en: <https://acortar.link/TyQpLm>
12. Espino R, Torres A. Actitudes del profesional de enfermería frente al dolor que experimentan los niños hospitalizados en el Hospital Provincial Docente Belén, Lambayeque – 2014. [Tesis de licenciatura]. Lambayeque: Universidad Señor de Sipán; 2014. [citado 05 de septiembre 2024]. 100p. Disponible en: <https://acortar.link/fJtwbW>
13. Parra D, Cuadro V, Nies R, Romero M, Seoane C. et al. Percepción de las Enfermeras frente al manejo del dolor en niños en un Servicio Oncológico Hospitalario en Chile. *Enferm. Montev.* [Internet]. 2020 [citado 06 septiembre 2024]; 9(2): 85-99. Disponible en: <https://acortar.link/kj69Vy>
14. Zuazua D, Gonzales A, Cano C, Monteiro M. Validación de la encuesta sobre conocimientos y actitudes de enfermeras pediátricas respecto al dolor. *Pain. Manag. Nurs* [Internet]. 2023 [citado 09 de septiembre del 2024]; 24(3): 365 – 370. Disponible en: <https://acortar.link/QUkmFL>
15. Lingyuan L. Efecto de las intervenciones educativas para mejorar el conocimiento, la actitud y la práctica de las enfermeras en el manejo del dolor pediátrico: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Pain. Manag. Nurs* [Internet]. 2024 [citado 09 de septiembre del 2024]; 25(4): 271 – 278. Disponible en: <https://acortar.link/HC8JYe>
16. Amponsah A, Kyei E, Agyemang J, Boakye H, Kyei J, et al. Barreras relacionadas con la enfermería para el manejo del dolor infantil en hospitales seleccionados de Ghana: un estudio cualitativo descriptivo. *Pain. Res. Manag* [Internet]. 2020 [citado 15 de septiembre 2024]; 24(6): 123 -130. Disponible en: <https://acortar.link/AeQMBM>
17. Calo J. Control del dolor en pacientes pediátricos: Intervención de Enfermería, Hospital General Ambato Iess. [Tesis de licenciatura] Ecuador: Universidad Regional Autónoma De Los Andes Uniandes; 2023 [citado 15 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/sp1a3d>
18. Neisser U. Procesos cognitivos y realidad: principios e implicaciones de la psicología cognitiva. Traducido por Manuel Alto. Madrid: Marova; 1981. 200 p

19. Oviedo G. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Rev. Estud. Soc [Internet]. 2004 [citado 20 septiembre 2024]; 18: 89- 96. Disponible en: <https://acortar.link/3q8KAO>
20. Solis M, Giannini L, Rivas L, Ponce A. Conceptualización y percepción de enfermería sobre el cuidado del niño. Rev. Cub. Enferm [Internet]. Jun 2022 [citado 20 de septiembre 2024]; 38(2). Disponible en: <https://acortar.link/8YrdPf>
21. Mosteiro M. Dolor y cuidados enfermeros. En: Difusión Avances de Enfermería (DAE), editor. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2023. 346 p.
22. Reinoso F, López R, Cárceles M, Hervías M, García J. El tratamiento del dolor agudo pediátrico en España en 2021: resultado de una encuesta nacional entre anestesiólogos pediátricos. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. [Internet]. 2021 [citado 21 de septiembre 2024]; 71(4): 282 – 290. Disponible en: <https://acortar.link/FPYKYw>
23. Mosteiro M. Dolor y cuidados enfermeros [Internet]. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2023 [citado 29 set 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/TpBSIE>
24. Reina R, Cardenas M. Percepción de la enfermera en el arte de cuidar. Ágora Rev. Cient. [Internet]. 2019 [Citado 20 de septiembre 2024]; 06 (01): 3. Disponible en: <https://acortar.link/ECAnfz>
25. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª Ed. Madrid: Elsevier; 2013.
26. Córdova J, Jimenez B, Calderón G, Guaranga K. Estrategias de intervención de enfermería para el manejo del dolor y sedación en pacientes pediátricos críticos. Rev. Soc. Front. [Internet]. 2024 [Citado 20 septiembre 2024]; 4(3): 311. Disponible en: <https://acortar.link/r0Y8j7>
27. Pastuña P, Jara P. Búsqueda de la autonomía de enfermería desde la mirada de Virginia Henderson. Enf Investiga. [Internet]. 2021 [Citado 20 de septiembre 2024]; 5(4). Disponible en: <https://acortar.link/ZDfYX9>
28. Del Valle K. La sobrecarga laboral del personal de enfermería que influye en la atención al paciente. Rev. San Gregorio. [Internet]. 2021 [Citado 20 de septiembre 2024]; 1(47). Disponible en: <https://acortar.link/8puU1J>
29. Achaliwie F, Wakefield A, Mackintosh C, Bakir E. Experiencias de enseñanza y aprendizaje del manejo del dolor pediátrico en Ghana. Pain Manag Nurs [Internet]. 2024 [citado el 25 de septiembre de 2024]; 25(5): 381 – 393. Disponible en: <https://acortar.link/V9nK6J>

30. MacKay LJ, Chang U, Kreiter E, Nickel E, Kamke J, et al. Exploración de la confianza entre enfermeras pediátricas y niños con diagnóstico médico y sus cuidadores en unidades de atención hospitalaria: una revisión exploratoria. *Rev. Enferm. Pediatr* [Internet]. 2024 [citado 25 de septiembre de 2024];78: 1 – 30. Disponible en: <https://acortar.link/cEkzXH>
31. Hernández R, Fernández C, Baptista MP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 6° Ed. México: Mc Graw Hill Education; 2018. 753 p
32. Berenguera A, Fernández J, Pons M, Pujol E, Rodríguez D. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol) [Internet] 2014 [citado 2 octubre 2024]. 224 p. Disponible en: <https://acortar.link/gchJdR>
33. Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Portal Institucional [Internet]. 2024 [citado 2 octubre 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/IVG3DL>
34. Ríos C. Investigación cualitativa en el contexto de la Salud Pública: actualización de conceptos. *Salud Pública Parag.* [Internet]. 2024 [citado 03 oct. 2024]; 14(1):51-58 Disponible en: <https://acortar.link/2I00le>
35. Hernández O. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *ReciMed.* [Internet]. 2021 [citado 05 oct. 2024]; 37(3):14-42. Disponible en: <https://acortar.link/iEwiTj>
36. González A, Molina R, López A, López G. La entrevista cualitativa como técnica de investigación en el estudio de las organizaciones. *NTQR* [Internet]. 2022 [citado 06 oct. 2024]; 14(1):63-78. Disponible en: <https://acortar.link/S71B9A>
37. Cancio I, Soares J. Criterios y estrategias de calidad y rigor en la investigación cualitativa. *Cienc. enferm* [Internet] 2020 [citado 06 oct. 2024]; 26(28):17-53. Disponible en: <https://acortar.link/Y1GMMV>
38. Rueda M, Sigala L, Armas J. Análisis cualitativo por categorías a Priori: Reducción de datos para estudios gerenciales. *Rev. Ciencia y Sociedad* [Internet]. 2023 [citado 08 oct. 2024]; 48(2):83-96. Disponible en: <https://acortar.link/mXnxPQ>
39. Ontano M, Mejía A, Avilés M. Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas. *Rev. Cien. Enf* [Internet]. 2021 [citado 10 octubre 2024];3(3):9-16. Disponible en: <https://goo.su/qaUzND>
40. Berihun B, Fentahun N, Asmare L, Yigzaw Z. Práctica y factores asociados al manejo del dolor pediátrico entre enfermeras que trabajan en hospitales públicos de la ciudad

- de Bahir Dar: un estudio de métodos mixtos. Plos. One [Internet]. 2024 [citado 12 julio 2025];19(5). Disponible en: <https://acortar.link/q4dwfX>
41. Hougaard P, Smeland A. Barreras para el manejo del dolor posoperatorio pediátrico: entrevistas grupales interprofesionales. Pain. Manag. Nurs. [Internet]. 2025 [citado 13 julio 2025]; 26(2):117- 123. Disponible en: <https://acortar.link/m8cXn7>
 42. Jones S, Walter M. Escasez de atención y dispositivos médicos que afecta a la población pediátrica. Can. J. Health Technol [Internet]. 2023 [citado 13 julio 2025]; 91(7-8):1337-1341. Disponible en: <https://acortar.link/oPFLgL>
 43. Oduro E, Bam V, Dompim J, Ahoto C, Axelin A. Dinámicas en el campo: un estudio centrado en la cultura y el contexto del manejo del dolor pediátrico en cuatro hospitales ghaneses. BMC Pediatr [Internet]. 2020 [citado 13 julio 2025]; 20:529. Disponible en: <https://acortar.link/rW0EQ5>
 44. Rosario A, Hankó B, Zelkó R. Gestión de la escasez de medicamentos en la atención pediátrica. Pharmacol [Internet]. 2024 [citado 13 julio 2025];15. Disponible en: <https://acortar.link/2H56h8>
 45. Elsagh A, Ebadi A, Dalvandi A, Tabarsi B. ¿Por qué los enfermeros no implementan instrumentos de evaluación del dolor en los lactantes hospitalizados? Nurs. Partería. Res [Internet]. 2025 [citado 13 de julio 2025] ;30(1):123-129. Disponible en: <https://acortar.link/AaXSYF>
 46. Amponsah A, Kyei E, Agyemang J, Boakye H, Kyei J, et al. Barreras relacionadas con la enfermería para el manejo del dolor infantil en hospitales seleccionados de Ghana: un estudio cualitativo descriptivo. Pain. Res. Manag [Internet]. 2020 [citado 15 de julio 2025]; 24(6): 123 -130. Disponible en: <https://acortar.link/AeQMBM>
 47. Durango S, Åkeson PK, Jonsson E, Nilsson E, Åkeson J. Cumplimiento de las pautas para el manejo del dolor posoperatorio en lactantes y niños. Int. Healthc. Manag [Internet]. 2021 [citado 17 de julio de 2025];10(4):259-64. Disponible en: <https://acortar.link/LXiC5c>
 48. Abdel N, Albousoul R, Ali R, Al-Naimat A, Kasem A, Pack-Mabien A. Barreras percibidas por las enfermeras para el manejo óptimo del dolor en niños con anemia de células falciformes. Enferm Manejo Dolor [Internet]. 2025 [citado 17 de julio de 2025];26(4):400-6. Disponible en: <https://acortar.link/fX85Ft>
 49. Boamah O, Ani-Amponsah M, Laari L, Aziato L. Manejo farmacológico del dolor durante procedimientos invasivos en niños: facilitadores y barreras. Douleurs. Eval.

- Diagn. Trait [internet]. 2024 [citado 18 de julio de 2025];25(1):1-10. Disponible en: <https://acortar.link/mw3Zxw>
50. Whitley G, Hemingway P, Derecho G, Niroshan A. Mejorar la atención en ambulancia para niños con dolor agudo: un estudio de entrevistas cualitativo. BMC. Emerg. Med [Internet]. 2022 [consultado 17 de julio de 2025]; 22(1):152. Disponible en: <https://acortar.link/zBLRFW>
51. Kyei D, Ven V, Kyei EF, Oduro E, Ahoto C, Axelin A. Explorando las necesidades educativas de las enfermeras sobre el manejo del dolor infantil: un estudio cualitativo descriptivo. Nurs. Open [Internet]. 2020 [citado 02 agosto 2024];7(3):841-849. Disponible en: <https://acortar.link/YGLNmB>
52. Atefeh S. Barreras y facilitadores del manejo del dolor en niños: una revisión exploratoria. Springer. Nature [Internet]. 2025 [citado 02 ago 2025];148:1-12. Disponible en: <https://acortar.link/zuABea>
53. Greenfield K, Carter B, Harrop E, Jassal S, Bayliss J, Renton K, et al. Experiencias de profesionales sanitarios sobre las barreras y los facilitadores del tratamiento del dolor pediátrico en la comunidad al final de la vida: un estudio de entrevistas cualitativas. Rev. Manej. Dol. [Internet]. 2022 [citado 02 ago 2025];63(1):98-105. Disponible en: <https://acortar.link/c6I3FN>
54. Wuni A, Salia S, Ibrahim M, Idriss I, Nyarko B, Seini, et al. Evaluación de conocimientos, prácticas y barreras en el manejo del dolor pediátrico entre enfermeras de un centro de salud terciario en la región norte de Ghana: un estudio transversal descriptivo. Pain. Res. Manag [Internet]. 2023 [citado 2025 agosto 2025]; 2020:8846599. Disponible en: <https://acortar.link/9DJ9BU>

Anexos

ANEXO N°1 GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Título de Investigación: Percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico en un hospital público, Chiclayo 2025

PRESENTACIÓN:

Estimada/o participante, mi nombre es Estrella de Jesús Bravo Perales, soy estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. En esta oportunidad, me dirijo a usted para solicitar su valiosa colaboración en esta investigación titulada: “Percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico en un hospital público, Chiclayo 2025”. Agradezco de antemano su participación y sinceridad en las respuestas durante la entrevista, que será grabada exclusivamente con fines de investigación; además, la información recopilada se gestionará utilizando seudónimos para garantizar su confidencialidad y proteger su identidad. Todos los datos que usted proporcione se mantendrán en estricto carácter reservado.

I. DATOS GENERALES:

- a. Seudónimo:
- b. Edad:
- c. Sexo:
- d. Especialidad:
- e. Años de experiencia en el servicio:
- f. Correo electrónico o WhatsApp:

II. FORMULACIÓN DE LAS PREGUNTAS

- 1. ¿Cuáles son las principales dificultades o barreras que enfrenta al intervenir en el manejo del dolor pediátrico?**
- 2. ¿Considera que existen factores institucionales que dificultan la gestión del dolor en niños? ¿Podría describir algunos ejemplos?**
- 3. ¿Qué conocimientos y habilidades aplica en su práctica para una gestión efectiva del dolor en niños?**
- 4. ¿Qué estrategias utiliza usted para vencer las barreras en el manejo del dolor pediátrico?**
- 5. ¿Qué cambios considera necesarios para superar las barreras y mejorar las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor pediátrico?**
- 6. ¿Desea agregar más?**

ANEXO N°2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar en un estudio de investigación - ADULTOS -

Datos informativos:

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigador: Estrella de Jesús Bravo Perales

Título: Percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico en un hospital público, Chiclayo 2025

Propósito del Estudio:

Estimado (a) te invitamos a participar en esta investigación, cuyo objetivo es describir, analizar y comprender la percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico. Este estudio busca contribuir al desarrollo de estrategias efectivas que permitan optimizar las intervenciones de enfermería, garantizando un enfoque integral y de calidad en la atención pediátrica

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

- Luego de que usted firme el consentimiento informado, se procederá a realizar la entrevista sobre el tema de investigación, protegiendo su identidad mediante la asignación de un seudónimo de flores.
- Las entrevistas se llevarán a cabo según su disponibilidad, con una duración aproximada de 15 minutos. Durante la entrevista, sus relatos serán registrados en un grabador de voz, garantizando en todo momento la confidencialidad de su identidad.
- Posteriormente, se establecerá un segundo contacto con usted a través de correo electrónico o WhatsApp para enviarle la transcripción de la entrevista. De esta manera, podrá confirmar la precisión y veracidad de los datos transcritos, y tendrá la oportunidad de modificar o eliminar cualquier detalle que considere necesario.
- Finalmente, la información será procesada de manera confidencial y se elaborará un informe general con los resultados, el cual será enviado a la universidad para la presentación de los hallazgos obtenidos

Riesgos:

No se prevén riesgos asociados con la participación en este estudio.

Beneficios:

La participación en este estudio no generará beneficios directos inmediatos. Sin embargo, su colaboración será de gran valor para fomentar mejoras en las prácticas profesionales, lo que podría repercutir positivamente en el ámbito de la atención en salud.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad

Su información será registrada utilizando pseudónimos (nombre de flores) en lugar de sus nombres reales. En caso de que los resultados de esta investigación se publiquen, no se presentará ni exhibirá alguna información que exponga su nombre. Asimismo, los registros no serán compartidos con ninguna persona externa al proyecto sin su autorización previa

Uso futuro de la información obtenida

Deseamos conservar la información de su entrevista en archivos durante un período de 2 años, con el propósito de utilizarla como fuente de verificación para nuestra investigación. Transcurrido este tiempo, los archivos serán eliminados de manera definitiva.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, y si por algún motivo desiste, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Estrella de Jesús Bravo Perales; teléfono: 962784734 (investigador principal)

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: comiteetica.medicina@usat.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo en qué consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

FIRMA/HUELLA DIGITAL

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre: Estrella de Jesús Bravo Perales

DNI: 70690928

Fecha

ANEXO N°3: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

DATOS GENERALES

- **Apellidos y Nombres del Juez:** Mtro. Iliana Del Rosario Muro Exebio
- **Cargo de la Institución donde labora:** Enfermera asistencial
- **Años de servicio:** 05 años
- **Estudio de postgrado:** Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	1
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/ preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

- **Apellidos y Nombres del Juez:** Mtro. Adela Rosanna Nuñez Odar
- **Cargo de la Institución donde labora:** Enfermera asistencial del servicio neonatología HLM
- **Años de servicio:** 35 años
- **Estudio de postgrado:** Maestría en enfermería

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		9

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

DATOS GENERALES

- **Apellidos y Nombres del Juez:** Dra. Rosa Diaz Manchay
- **Cargo de la Institución donde labora:** Docente-USAT
- **Años de servicio:** 18 años
- **Estudio de postgrado:** Doctorado

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	1
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	1
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

Dra. Rosa Diaz Mancha



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

- **Apellidos y Nombres del Juez:** Cervera Vallejos Mirtha Flor
- **Cargo de la Institución donde labora:** USAT
- **Años de servicio:** 18 años
- **Estudio de postgrado:** Doctorado

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/ preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		9

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)



ANEXO 4: RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 047-2025-USAT-FMED
Chiclayo, 10 de febrero de 2025

Vista la solicitud virtual N° TRL-2024-20058 en virtud de la aprobación con fecha 07 de febrero de 2025 por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante BRAVO PERALES ESTRELLA DE JESUS, de la Escuela de Enfermería. Asesor: Dra. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: **PERCEPCIÓN DE ENFERMERAS SOBRE BARRERAS EN LAS INTERVENCIONES PARA EL MANEJO DEL DOLOR PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO, CHICLAYO 2025**, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.


Artículo 2º.- Dar a conocer la presente resolución a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.




Mtro. Sorey Garjet Gayoso Dianderas
 Secretaria Académica
 Facultad de Medicina




Mtro. Luis Enrique Jara Romero
 Decano (e)
 Facultad de Medicina

ANEXO 05 PERMISO CORRESPONDIENTE PARA EJECUTAR EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Nº 050/25

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes" Chiclayo, Autorizan a:

BRAVO PERALES ESTRELLA DE JESUS

Para que realice la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: "*Percepción de Enfermeras Sobre Barreras en las Intervenciones para el Manejo del Dolor Pediátrico en un Hospital Público, Chiclayo 2025*"; debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Marzo 2025

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
HOSPITAL "LAS MERCEDES" CHICLAYO
[Signature]
Dr. Saúl David Millán Cortea
C.M.P. 063018
DIRECTOR EJECUTIVO

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO
[Signature]
Lic. Magaly Medina Rojas
C.E.P. N° 38515
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

ANEXO N°6 MATRIZ PROCESAMIENTO DE DATOS

Título de la tesis: Percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico en un hospital público, Chiclayo 2025			
Objetivos: Describir, analizar y comprender la percepción de enfermeras sobre barreras en las intervenciones para el manejo del dolor pediátrico en un hospital público, Chiclayo 2025.			
Sujetos de estudio: Profesionales de enfermería que laboran en el servicio de pediatría y/o emergencia pediátrica			
Escenario: Hospital Las Mercedes			
RESULTADOS			
Categorías previas Deben estar relacionadas con el tema de investigación.	Códigos/ subcategorías: De la matriz anterior analice y agrupe códigos que puedan dar origen a las subcategorías y estas a su vez se agrupen para formar cada una de las categorías	Citas textuales de las entrevistas, identificando el sujeto de estudio (código de identificación o seudónimos de cada participante).	Interpretación de los datos: Síntesis de los datos más significativos (lo común o más redundante y lo novedoso), que dan lugar a la denominación de la categoría/código. Destacar aspectos positivos o negativos, es decir los datos que posteriormente se analizarán con la literatura).
CONDICIONES INSTITUCIONALES QUE OBSTACULIZAN EL MANEJO DEL DOLOR PEDIÁTRICO	Infraestructura y recursos materiales inapropiados	“Otro aspecto institucional relevante es la infraestructura, ya que no siempre contamos con espacios adecuados para aplicar medidas no farmacológicas de alivio; por ejemplo, en algunos turnos, la alta rotación de pacientes obliga a atender a los bebés en espacios compartidos, lo que limita la posibilidad de crear un entorno tranquilo y seguro para aplicar técnicas como el amamantamiento durante procedimientos dolorosos” (Gardenia)	Uno de los principales desafíos en la atención pediátrica radica en las limitaciones institucionales vinculadas a la infraestructura; puesto que, no siempre se dispone de áreas diferenciadas para ubicar a los pacientes según su diagnóstico; como resultado, en una misma sala coinciden niños hospitalizados por cirugía, emergencia u otras patologías, lo que evidencia la carencia

		<p>“Aunque anualmente se nos entrega una dotación de insumos, a partir de los meses de noviembre y diciembre suele presentarse una escasez considerable; en consecuencia, es común que nos quedemos sin guantes u otros materiales esenciales como jeringas, equipos de venoclisis o volutrol, debido a que el SIS no siempre cubre estos recursos. Esta situación genera malestar entre los familiares, especialmente cuando se solicita que los adquieran por su cuenta, lo que a menudo provoca molestias o la negativa a comprarlos” (Jazmín)</p> <p>“[...] En el caso de los niños, los medicamentos deben administrarse en dosis exactas y dentro de tiempos precisos, especialmente en el tratamiento del dolor, donde incluso el fármaco más sencillo requiere un control minucioso. Para garantizar esto, dependemos de equipos médicos esenciales; no obstante, trabajamos en una sala compartida, atendiendo simultáneamente a varios niños, con solo tres o cuatro bombas de infusión disponibles, pesar que son cruciales para un manejo eficaz. Esta falta de equipos nos obliga a recurrir a alternativas que no</p>	<p>de espacios adecuados. Esta situación; además, restringe la aplicación de medidas no farmacológicas, pues la elevada rotación de pacientes obliga en determinados turnos a brindar cuidados en ambientes compartidos, reduciendo la posibilidad de generar un entorno tranquilo y seguro que favorezca intervenciones como el amamantamiento durante procedimientos dolorosos.</p>
--	--	---	---

		<p>siempre garantizan una administración precisa de los medicamentos, lo que podría afectar la efectividad del tratamiento” (Violeta)</p> <p>“[...] En varias ocasiones, nos vemos obligados a pedir a los padres que adquieran el abbocath nipro para canalizar a los niños, ya que este dispositivo facilita el procedimiento de manera menos dolorosa y menos traumática; sin embargo, los abbocath proporcionados por el hospital suelen ser toscos o demasiado gruesos, lo que dificulta su uso, ya que se dañan o doblan con facilidad, limitando su eficacia a un solo intento” (Rosa)</p>	
	<p>Escasez de personal y alta demanda asistencial</p>	<p>“En el servicio de emergencia pediátrica, la elevada demanda de pacientes hace que el trabajo sea especialmente complejo; por un lado, la familia enfrenta sentimientos de angustia y ansiedad ante el estado de salud del niño; por otro, el profesional de enfermería asume una gran carga laboral. Bajo estas condiciones, aunque lo ideal sería que un enfermero atienda entre tres y cinco pacientes, en la práctica suele responsabilizarse</p>	<p>Desde la perspectiva de los participantes, la escasez de personal y la elevada carga asistencial actúan como barreras que repercuten directamente en la evaluación y manejo del dolor pediátrico. Esta situación se manifiesta con mayor intensidad en servicios como emergencia, donde la afluencia constante de pacientes supera con frecuencia</p>

de diez a quince niños, lo que ocasiona un considerable desgaste físico y mental” (Clavel)

“La atención en emergencia pediátrica se ve marcada por una constante sobrecarga laboral; ya que, entre el 80 y el 90% de los casos suelen requerir cuidados de alta complejidad. Esta situación reduce de manera significativa el tiempo disponible para cada paciente, lo que provoca que la evaluación del dolor quede relegada frente a otros signos clínicos más evidentes. A ello se suma que, en determinadas circunstancias, el personal resulta tan limitado que asumir un número elevado de pacientes dificulta la aplicación de medidas no farmacológicas.” (Geranio)

“[...]Las normas técnicas establecen un máximo de seis niños por enfermera; no obstante, rara vez se cumplen en la práctica debido a la escasez de personal y a la limitada disponibilidad de equipos médicos. Como consecuencia, el profesional de enfermería se ve obligado a atender a un número mucho mayor de pacientes, lo que incrementa su

la capacidad operativa del equipo de salud. Bajo estas condiciones, el tiempo destinado a cada niño se ve reducido, lo que conduce a priorizar signos clínicos más evidentes en lugar de realizar una valoración sistemática del dolor. En este contexto, el desgaste físico y emocional de los profesionales de enfermería se incrementa, comprometiendo su desempeño y capacidad de respuesta frente a las necesidades de los pacientes.

		<p>desgaste físico y emocional. Esta situación no solo repercute en la capacidad de brindar un cuidado integral y oportuno, sino que también afecta de manera directa la experiencia y el bienestar del paciente pediátrico.” (Tulipán)</p>	
	<p>Protocolos desactualizados en el uso de escalas pediátricas</p>	<p>“[...] Si bien existen escalas específicas para cada grupo etario, en la práctica suele emplearse la escala EVA en los niños mayores y el llanto como referencia en los más pequeños; de igual forma, existen escalas conductuales, pero la ausencia de protocolos actualizados limita su conocimiento y aplicación. Por ello, resulta imprescindible contar con una guía de práctica clínica que unifique el proceso de valoración del dolor y asegure un uso más coherente y eficaz de los recursos disponibles.” (Girasol)</p> <p>Una de las principales dificultades en la valoración del dolor es la ausencia de una escala estandarizada y unificada en los servicios pediátricos, especialmente en emergencia. Dado que el dolor es una experiencia subjetiva, su evaluación en niños requiere de considerar</p>	<p>La valoración del dolor en la población pediátrica representa un desafío constante para el personal de enfermería, no solo por la subjetividad inherente a esta experiencia, sino también por la falta de lineamientos institucionales actualizados que orienten su abordaje. Aunque existen instrumentos diseñados para cada grupo etario, la ausencia de protocolos vigentes impide su aplicación sistemática y favorece la variabilidad en las prácticas clínicas. Esta situación repercute en la precisión de la evaluación y, en consecuencia, en la oportunidad del manejo del dolor</p>

		<p>múltiples factores, ya que un lactante no puede expresarlo del mismo modo que un adulto. Por ello, resulta fundamental contar con una escala que permita valorar el dolor en diferentes grados y adaptada a las características de la población pediátrica.” (Azucena)</p> <p>“[...]En cuanto a la valoración del dolor, aunque existen escalas disponibles, en la práctica no se aplica de manera sistemática debido a la ausencia de un protocolo institucional que oriente su uso; puesto que, es importante considerar que la expresión del dolor en los niños no se reduce únicamente al llanto, ya que este también puede responder a otras causas, como el hambre o incomodidad. (Clavel)</p>	
	<p>Indicaciones médicas inoportunas</p>	<p>“Una de las principales dificultades es que, cuando un paciente pediátrico llora a causa del dolor, el médico no acude de inmediato a evaluarlo y, en muchas ocasiones, llega cuando el episodio ya ha pasado; lo cual, genera tensión con la madre o los familiares, quienes se muestran intranquilos al ver que el niño sufre sin recibir atención</p>	<p>En el manejo del dolor pediátrico, el retraso en las indicaciones médicas constituye un obstáculo relevante para garantizar una atención adecuada. La ausencia de pautas claras y rutinarias en la historia clínica limita la autonomía del profesional de enfermería y retrasa la implementación de intervenciones</p>

		<p>oportuna. La situación se agrava porque no siempre se deja indicada de manera rutinaria la pauta del manejo del dolor, lo que limita la capacidad del personal de intervenir con rapidez y obliga a esperar una nueva orden médica antes de actuar.” (Margarita)</p> <p>“En varias ocasiones, el manejo del dolor no queda registrado como una indicación prioritaria en la historia clínica y eso retrasa la atención. Muchas veces debemos esperar a que el médico vuelva a pasar visita para que deje pautas específicas, lo cual genera demoras innecesarias. Esta falta de continuidad en las órdenes médicas hace que el control del dolor dependa demasiado de la disponibilidad del médico, en lugar de ser un proceso sistemático que podamos aplicar de inmediato.” (Gardenia)</p>	<p>oportunas, lo que prolonga innecesariamente el malestar del niño y genera tensión en la relación con la familia. Esta dependencia de la disponibilidad del médico, en lugar de un proceso sistemático previamente establecido, refleja una debilidad en la continuidad del cuidado.</p>
<p>OBSTÁCULOS EN LA EVALUACIÓN Y EXPRESIÓN DEL</p>	<p>Limitada capacidad del niño para expresar el dolor</p>	<p>“En esta área atendemos a lactantes; es decir, niños menores de un año, y la principal dificultad es que no pueden comunicar su dolor, por lo que el llanto se convierte en la señal más importante del malestar; no obstante, es necesario aprender a diferenciar los tipos de</p>	<p>La capacidad limitada de los lactantes y niños de corta edad para comunicar su malestar verbalmente representa un desafío considerable, ya que a diferencia de los niños mayores que pueden utilizar escalas</p>

<p>DOLOR EN EL NIÑO</p>		<p>llanto, ya que pueden llorar por hambre u otras causas, y no necesariamente por dolor. Por ello, la edad del niño constituye una barrera significativa durante la valoración.” (Lirio)</p> <p>“[...]En algunos casos, los niños lloran más por miedo que por dolor, mientras que otros pueden estar sufriendo sin manifestarlo de forma evidente; además, la percepción del dolor varía considerablemente entre ellos, lo que complica aún más su evaluación” (Jazmín)</p> <p>“[...]A diferencia de los niños mayores, que pueden expresar su malestar mediante escalas numéricas, los lactantes no logran comunicar su dolor verbalmente; en estos casos, el llanto se convierte prácticamente en la única señal observable, lo que complica considerablemente la evaluación del dolor” (Margarita)</p>	<p>numéricas o expresar sus síntomas de manera más clara, los más pequeños dependen de señales no verbales, como el llanto, para manifestar su dolor.</p> <p>Este llanto; sin embargo, no siempre es indicativo de dolor, ya que algunos niños pueden llorar más por miedo o incomodidad que por malestar físico, lo que añade otra capa de complejidad a la evaluación. Además, la percepción del dolor varía significativamente entre los niños, lo que hace que las estrategias de evaluación deban ser altamente flexibles y adaptadas a cada situación.</p>
	<p>Subestimación del dolor pediátrico</p>	<p>“En necesario erradicar la idea equivocada de que el niño no experimenta dolor; ya que, incluso en la práctica clínica, cuando se solicita una indicación para aliviar el cólico, la respuesta frecuente suele ser que la lactancia</p>	<p>Persiste la creencia errónea de que los niños no sienten dolor, lo que se evidencia en respuestas como la minimización de las molestias infantiles, como el cólico, con</p>

		<p>materna no lo provoca; sin embargo, dicha afirmación refleja una creencia persistente que tiende a minimizar el sufrimiento del paciente. Superar esta barrera resulta esencial, pues el niño si percibe dolor y diversos estímulos pueden generarle incomodidad o malestar.” (Margarita)</p> <p>“[...] A ello se suma la ausencia de una cultura institucional que incorpore la valoración del dolor como parte obligatoria de la atención inicial, a diferencia de lo que ocurre con la medición de los signos vitales; en consecuencia, durante los periodos de alta demanda, la identificación y el tratamiento del dolor suelen dejar de ser una prioridad.” (Geranio)</p> <p>“[...] Se observa una tendencia a priorizar los procedimientos clínicos por encima del confort del bebé, de modo que intervenciones como la extracción de sangre o canalización de una vía endovenosa suelen realizarse sin medidas previas de mitigación del dolor, bajo el argumento de privilegiar la rapidez o la practicidad. En</p>	<p>explicaciones que desestiman la posibilidad de que el niño pueda estar experimentando dolor real. Esta concepción limitante no solo afecta la percepción del dolor en los niños, sino que también obstaculiza la implementación de intervenciones efectivas para aliviarlo.</p> <p>Además, la falta de una cultura institucional que integre la valoración del dolor como parte obligatoria de la atención inicial contribuye a que, en situaciones de alta demanda, esta tarea no se priorice adecuadamente. A diferencia de los signos vitales, cuya medición es sistemática, la valoración del dolor a menudo queda relegada, lo que afecta negativamente la calidad del cuidado ofrecido a los niños.</p>
--	--	---	--

		<p>consecuencia, en muchos casos los bebés reciben alivio únicamente después de haber experimentado dolor, cuando lo ideal sería aplicar estrategias anticipadas que permitan minimizar su impacto.” (Gardenia)</p>	
<p>INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL MANEJO DEL DOLOR PEDIÁTRICO</p>	<p>Creencias y actitudes familiares</p>	<p>La respuesta de los padres o cuidadores puede influir significativamente en el manejo del dolor infantil, ya que en algunos casos tienden a subestimar el dolor de sus hijos, considerando que pueden tolerarlo sin intervención, mientras que en otros se angustian en exceso y transmiten su ansiedad al niño, dificultando su tranquilidad. Además, suelen influir creencias culturales o la desconfianza hacia ciertos tratamientos, como el uso de analgésicos, prefiriendo en ocasiones remedios caseros o métodos propios antes que aceptar medicación; lo cual, aunque es comprensible por respeto a sus costumbres, puede retrasar un cuidado más oportuno y efectivo (Jazmín)</p> <p>En la emergencia pediátrica, uno de los principales problemas está relacionado con el contexto cultural y familiar de los pacientes, ya que vienen de entornos con costumbres y hábitos diferentes, lo que a menudo influye en cómo perciben el dolor, considerándolo como una</p>	<p>En los relatos de los participantes, se destaca que la respuesta de los padres o cuidadores tiene una gran influencia en el manejo del dolor infantil. En algunos casos, los familiares tienden a subestimar el dolor de sus hijos, considerando que pueden soportarlo sin necesidad de intervención, mientras que, en otros, la sobrecarga emocional de los cuidadores transmite ansiedad al niño, dificultando su tranquilidad. Además, se observa que las creencias culturales juegan un papel crucial, ya que muchos padres vienen de contextos donde el dolor no solo es visto desde una perspectiva médica, sino también como una cuestión vinculada a prácticas tradicionales, como el ‘mal de ojo’ o el ‘susto’. Esta visión</p>

		<p>cuestión cultural vinculada a prácticas ancestrales como el ‘mal de ojo’, el ‘susto’ o el ‘daño’. Esto genera una barrera importante, ya que, cuando intentamos administrar un medicamento según la indicación médica, nos encontramos con dudas o resistencias por parte de los familiares, quienes, antes de aceptar la medicación, suelen preguntar: “¿No será que el dolor se debe a otra causa?” o prefieren recurrir a prácticas como el sobado, lo que retrasa la aplicación del tratamiento y complica el manejo del dolor (Clavel)</p>	<p>cultural genera una barrera significativa para la administración de tratamientos médicos, ya que, en muchos casos, los familiares muestran resistencia a aceptar la medicación prescrita y optan por remedios caseros o prácticas ancestrales, como el sobado. Esta actitud puede retrasar la intervención médica y complicar aún más el manejo oportuno del dolor, lo que representa un desafío tanto para los profesionales de salud como para las familias. Este fenómeno plantea un aspecto negativo que, al ser comprendido y abordado adecuadamente, puede mejorar la calidad del cuidado y la confianza de las familias en el tratamiento médico.</p>
		<p>“La presencia del familiar, especialmente en el caso de niños pequeños, puede influir en su comportamiento; ya que cuando están acompañados por la madre o algún otro familiar, tienden a mostrarse más reacios ante la enfermera” (Orquídea)</p>	<p>En los relatos de los participantes, se destaca que la presencia del familiar, especialmente en el caso de niños pequeños, tiene una influencia considerable en el comportamiento del niño. En muchas ocasiones, los niños se muestran más reacios</p>

	<p style="text-align: center;">Influencia del acompañante en la conducta del niño</p>	<p>“Esta reacción se vuelve particularmente relevante en procedimientos como la canalización de una vía o la administración de una inyección, donde el acompañamiento puede incrementar la ansiedad o el estrés en el niño. Por ello, mantener una comunicación empática con los familiares resulta fundamental para favorecer un ambiente de tranquilidad que facilite la atención” (Clavel)</p> <p>[...] Por ejemplo, cuando el niño presenta un apego excesivo hacia su madre, esta situación puede interferir en la valoración del dolor realizada por el profesional en ese momento (Azucena)</p> <p>Además, en ocasiones, la presencia simultánea de varios familiares en el área de emergencia pediátrica genera un ambiente cargado, lo que incrementa el estrés del niño y dificulta aún más su evaluación. Ante estos escenarios, resulta fundamental que el personal de salud valore si la compañía de los padres favorece el bienestar del niño y facilita la labor asistencial; de no ser así, lo más adecuado</p>	<p>ante la enfermera cuando están acompañados por su madre o algún otro familiar. Esta tendencia se vuelve aún más relevante en procedimientos invasivos, como la canalización de una vía o la administración de una inyección, ya que el acompañamiento puede incrementar la ansiedad y el estrés del niño, lo que dificulta la intervención del personal de salud. Además, cuando el niño presenta un apego excesivo hacia su madre, esta situación puede interferir en la valoración del dolor realizada por el profesional, ya que el niño se siente más ansioso o reacio a colaborar. También se señala que, en ocasiones, la presencia simultánea de varios familiares en el área de emergencia pediátrica genera un ambiente cargado, lo que aumenta el estrés del niño y complica su evaluación. En estos casos, es esencial que el personal de salud valore si la</p>
--	--	---	--

		es solicitar amablemente que esperen fuera del área mientras se lleva a cabo la valoración (Azucena)	presencia de los padres favorece realmente el bienestar del niño.
--	--	--	---