

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**CUIDADOS QUE PROPORCIONA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
AL NIÑO ONCOLÓGICO CON DOLOR UTILIZANDO TÉCNICAS DE
APOYO NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN LA
UNIDAD CLINICA DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
“J. M. DE LOS RIOS”. PRIMER SEMESTRE 2006.**

Autores:
Duque Mariana
León Meiber

Tutor:
Lic. Reinaldo Zambrano

CARACAS, OCTUBRE 2006

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**CUIDADOS QUE PROPORCIONA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
AL NIÑO ONCOLÓGICO CON DOLOR UTILIZANDO TÉCNICAS DE
APOYO NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN LA
UNIDAD CLINICA DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
“J. M. DE LOS RIOS”. PRIMER SEMESTRE 2006.
(Trabajo presentado como requisito para optar al título de
Licenciado en Enfermería)**

Autores:
Duque Mariana
León Meiber

Tutor:
Lic. Reinaldo Zambrano

CARACAS, OCTUBRE 2006

TABLA DE CONTENIDO

	pp.
Lista de Cuadros	v
Lista de Gráficos	vi
Dedicatoria	vii
Agradecimientos	ix
Resumen	x
Introducción	1
CAPITULO I. El Problema	
Planteamiento del Problema	5
Objetivos del Estudio:	
General	8
Específicos	9
Justificación	9
CAPITULO II. Marco Teórico	
Antecedentes del Estudio	12
Bases Teóricas:	
Manejo del Dolor	17
Técnicas de Apoyo No Farmacológicas	32
Técnicas de Apoyo Físicas	36
Técnicas de Apoyo Cognitivas	50
Sistema de Variables	70
Operacionalización de Variables	71
Definición de Términos Básicos	72
CAPITULO III. Marco Metodológico	
Tipo de Estudio	74
Población y Muestra	75
Métodos e Instrumento de Recolección de Datos	77
Validez y Confiabilidad	78

Procedimiento en la Recolección de Datos	80
Técnica y Análisis de Datos	81
Capitulo IV. Presentación, Análisis e Interpretación de los Resultados	82
Capitulo V. Conclusiones y Recomendaciones	92
Referencias Bibliográficas	96
Anexos	100

LISTA DE CUADROS

CUADRO

pp.

- 1 Frecuencia absoluta y porcentaje de los aspectos observados en los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de oncología, en relación con las técnicas de apoyo físicas. 83
- 2 Frecuencia absoluta y porcentaje de los aspectos observados en los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de oncología, en relación con las técnicas de apoyo cognitivas. 86

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICOS

pp.

- 1 Aspectos Observados en los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” de Caracas, en relación con aplicación de las técnicas de apoyo físicas para el manejo del dolor. 85
- 2 Aspectos Observados en los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” de Caracas, en relación con la aplicación de las técnicas de apoyo cognitivas para el manejo del dolor. 89

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso; por darme fuerza y voluntad para salir adelante y ser mejor cada día, y porque en cada momento de mi vida esta presente para iluminarme y guiarme hacia el camino del bien.

A Mis Padres: Carmen y Felipe; porque han sido y serán por siempre esa fuente de apoyo y energía que me permite lograr mis sueños y ser cada día mejor persona, gracias por ser excelentes padres por estar siempre a mi lado aconsejándome y apoyándome a seguir adelante y por compartir conmigo mis éxitos. Los Amo Mucho.

A Rommer y Belkys; por ser unas personas súper especiales en mi vida y por estar allí en todo momento de mi carrera. Gracias por apoyarme incondicionalmente y brindarme siempre su mano amiga. Los Quiero Mucho.

A mi sobrino: Rommer Alejandro; por ser tan especial en mi vida, eres un bebe súper inteligente, verte crecer y sonreír todos los días me hace muy feliz y me dan muchas fuerzas para hacer las cosas cada día mejor.

A Mi Novio: José Enrique; por llegar a mi vida y ser parte de mi existir. Gracias por estar allí cuando mas te he necesitado; por lograr juntos este éxito y por darme fuerzas al estar siempre a mi lado compartiendo mis alegrías, tristezas y sueños. Te Amo.

Mariana Duque

DEDICATORIA

A mis padres, **DALIA Y LUIS**, por sus grandes esfuerzos, sacrificios e inigualable dedicación en la educación y levantamiento de nuestra familia, por lo que significan “para mi” por los valores y el amor que han sabido transmitir.

A mis hermanos, **ANGEL Y CARLOS**, por su colaboración y estímulos brindados en todo momento.

A **CARLOS T**, por darme apoyo espiritual y consejos a lo largo del desarrollo de la carrera.

A **KUINSY**, por acompañarme en todo momento.

En fin, a todos mis seres queridos por haber confiado en mi.

Meiber León

AGRADECIMIENTO

Queremos manifestarle nuestro mas sincero agradecimiento a todas las personas que de una u otra forma nos brindaron su apoyo y confianza incondicional para el logro de tan anhelada meta.

A nuestro tutor Lic. Reinaldo Zambrano, por su orientación y tutoría durante todo el proceso de investigación.

A la Dra. Miren Viteri, coordinadora de la Unidad de Terapia del Dolor del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” y Dra. Maria Flores por sus aportes, orientación y apoyo bibliográfico. A la Dra. Patricia Bonilla, por su oportuna ayuda y colaboración para la realización de este trabajo de investigación.

Un agradecimiento especial al personal medico y de enfermería de la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” por su receptividad y colaboración en la elaboración de este estudio.

A todos mil gracias.

Mariana Duque

Meiber León

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**CUIDADOS QUE PROPORCIONA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
AL NIÑO ONCOLOGICO CON DOLOR UTILIZANDO TECNICAS DE
APOYO NO FARMACOLOGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN LA
UNIDAD CLINICA DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS
“J. M. DE LOS RIOS”. PRIMER SEMESTRE 2006.**

Autores:

Duque Mariana
León Meiber

Tutor:

Lic. Reinaldo Zambrano

Año: 2006

RESUMEN

La presente investigación se encuentra referida a los cuidados que proporciona el Profesional de Enfermería al niño oncológico con dolor utilizando técnicas de apoyo no farmacológicas para el manejo del dolor en la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos”, durante el primer semestre del año 2006, siendo este el objetivo fundamental de la investigación. Se justificó ante el hecho de que mejorando los cuidados que aplica el profesional de enfermería en la atención prestada al niño oncológico de la Unidad Clínica de Oncología; se proporcionará una mejor calidad de vida al mismo brindándole cuidados que ayuden a mitigar y aliviar el dolor y por ende, mejorar la calidad de atención del profesional enfermería. El diseño de la investigación fue de campo de tipo descriptivo. La población y muestra estuvo conformada por 16 profesionales de enfermería adscritos a la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos”. Como instrumento de recolección de datos se consideró un guión de observación estructurado en dos partes: la parte I mide las técnicas de apoyo físicas y la parte II mide las técnicas de apoyo cognitivas; diseñado bajo una escala dicotómica (SI-NO), conformado por quince (15) ítems o aspectos a observar. Se evidenció de manera general en relación con las técnicas de apoyo físicas que un **56.25%** de los aspectos observados en la muestra sujeta a estudio, refleja que se utilizan estas técnicas como alternativas en el manejo del dolor en niños oncológicos y un **43.75%** no aplican las técnicas de apoyo físicas como técnicas de apoyo preventivas del dolor. En relación con las técnicas de apoyo cognitivas se evidenció que un 85% de los aspectos observados en la muestra sujeta a estudio, refleja que se aplican las técnicas de apoyo cognitivas con la ayuda de otros profesionales de la salud como la (psicóloga, fisioterapeuta y la maestra) como alternativas moduladoras del dolor y un 15% no aplican las técnicas de apoyo cognitivas.

INTRODUCCION

El tratamiento del dolor de origen oncológico constituye el aspecto trascendental en que una enfermera (o) se ve enfrentado en la lucha contra este síntoma. El dolor es el síntoma mas común y temido que se asocia al cáncer, es una experiencia fuertemente subjetiva y de múltiples dimensiones, que influye sobre la calidad de vida del niño oncológico, ocasionando impactos potenciales aún desde el diagnóstico.

El cáncer, a pesar de ser una de las miles de afecciones que aquejan al hombre, desencadena en la mente del mismo un temor que se encuentra arraigado profundamente en la sociedad.

En el manejo del dolor no farmacológico se pueden utilizar técnicas de apoyo físicas y cognitivas (psicológicas), no invasoras, junto con los fármacos; con el fin de controlar el dolor en todas las fases del tratamiento. Tratar el dolor en niños requiere de una comprensión especial, de acuerdo a la edad, las expresiones faciales, escuchar cuidadosamente (el llanto, grito), y observar el comportamiento (tristeza, aislamiento, posición o actividad disminuida).

Las metas mas importantes que una enfermera debe alcanzar al tratar a los niños oncológicos con dolor son:

- Control del dolor

- Asegurar el confort general físico
- Asegurar el confort espiritual, mental y moral
- Brindar asesoramiento y apoyo a la familia
- Asegurar una muerte digna, cualquiera sea la forma en que la misma sobrevenga.

El profesional de enfermería es el responsable de proveer cuidados directos y especializados a lo largo del proceso de la enfermedad, donde los conocimientos, habilidades y destrezas son de gran utilidad, ya que con ello se va obtener mayor exactitud en la valoración de signos y síntomas para el manejo integral y control del dolor a través de las técnicas de apoyo no farmacológicas (físicas y cognitivas) que permiten obtener beneficios en los niños con dolor, tales como disminución de la morbi-mortalidad, preservación del sistema inmunológico, disminución en la administración de fármacos, menor costo en la estadía hospitalaria, entre otros.

Las técnicas de apoyo no farmacológicas son de vital importancia ya que ellas en conjunto con las terapias farmacológicas van a propiciar el alivio o disminución del dolor. Por tal motivo se escogió al profesional de enfermería de la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” del turno de la mañana y tarde para observar los cuidados no farmacológicos que le proporcionan al niño con dolor referente a las técnicas de apoyo físicas y cognitivas y el resultado de las mismas.

El reconocimiento de la compleja naturaleza del dolor en el niño con cáncer permite comprender la asociación de este con otros síntomas en particular como el insomnio, pérdida del apetito, manifestaciones de carácter depresivo, irritabilidad, entre otras. Para el niño oncológico con dolor es muy difícil entender la situación por la cual está pasando; ya que para él la vida hospitalaria, el dolor y la enfermedad lo conlleva a un estrés emocional y a un desequilibrio e inestabilidad con su entorno.

Por lo tanto, el tratamiento con buenos resultados del dolor en niños oncológicos requiere de un enfoque multidisciplinario junto con otros profesionales del área de la salud, ya que si no se produce un alivio adecuado del dolor, se puede afectar el bienestar físico, social y espiritual del niño.

El contenido de la investigación consta de cinco (5) capítulos, los cuales se describen a continuación:

El capítulo I, titulado El Problema, contiene el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación tanto el general como los específicos, así como la justificación del estudio.

En el capítulo II, denominado Marco Teórico, se delinean los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, el sistema y operacionalización de variables y finalmente definición de términos básicos.

El Capítulo III, Marco metodológico, explica el diseño de la investigación, tipo de estudio, la población, la muestra, el método e

instrumento de recolección de datos, la validación y confiabilidad del instrumento, procedimiento para la recolección de la información y técnicas de análisis.

El Capítulo IV, Resultados de la Investigación, corresponde al análisis de los resultados, recoge cuadros y gráficos de la investigación con sus respectivos análisis.

El Capítulo V, corresponde a las **Conclusiones y Recomendaciones** a la cual se llegó en función de los resultados del instrumento aplicado.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El cáncer, es una enfermedad que afecta a millones de personas a nivel mundial, sin discriminar a hombres, mujeres y niños, cualquiera sea su edad, sexo, raza, color y/o nivel cultural provocando en quienes lo padecen un conjunto de signos y síntomas que acusan la existencia de un daño tisular que incapacita la calidad de vida. Al respecto, la Organización Mundial de la salud (OMS) (2000) expresa “el dolor neoplásico es el principal síntoma que presentan los enfermos con cáncer, se estima que un 80% de ellos mueren con dolor no controlado”. (Pág. 12)

Por tal motivo, se considera que el niño oncológico sufre dolor crónico que puede estar relacionado de manera indirecta con la evolución de la neoplasia, el estado de la enfermedad y/o el tratamiento que reciben (quimioterapia, radioterapia o cirugía), que constituyen una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial de un tejido.

En los actuales momentos se evidencian grandes e importantes cambios en lo que se refiere a la asistencia en el área de la salud. Uno de estos cambios lo constituye el trabajo interdisciplinario, donde se abocan en pro del bienestar del niño con dolor, el cual es tratado por diferentes

especialistas, donde el profesional de enfermería se considera como el gran aliado en esta lucha de minimizar el dolor al niño con cáncer. Según la Sociedad Internacional de Enfermería Oncológica (ISNCC) (1998) recomienda que:

“Las enfermeras (os) deben comprometerse con lo mejor de sus capacidades a proveer el máximo alivio del dolor a los niños con cáncer; desempeñando un papel de liderazgo en la identificación, valoración, planeación, coordinación, ejecución y evaluación del control del dolor por cáncer” trabajando en equipos interdisciplinarios de salud para reducir, minimizar y proporcionar un manejo eficaz del dolor. (Pág. 10).

En relación a lo antes expuesto, cabe destacar que el personal de enfermería al tratar a los niños oncológicos con dolor; debe actuar como fuentes defensoras de niños y familias, reportando el inadecuado alivio del dolor, asumiendo responsabilidades en cuanto a cumplir el tratamiento indicado, orientación y educación del niño y familia relacionado con las terapias para el alivio del dolor y las opciones y recursos disponibles para la aplicación de los mismos a través de la comunicación; participar en investigaciones sobre el dolor por cáncer y aplicar los resultados en la investigación y la práctica.

Las enfermeras (os) desempeñan un papel fundamental en el cuidado y tratamiento del niño con dolor. El hecho de tener un contacto más continuo e intenso con el niño implica que con frecuencia establece relaciones de mayor cercanía y cordialidad y, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz.

Debido a toda la importancia que tiene el control del dolor en niños oncológicos, es importante destacar que el Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” de Caracas; es considerada una institución de salud tipo IV, que cumple funciones de prevención, tratamiento, rehabilitación, docencia e investigación; especializado en la atención de niños y adolescentes; con diversas unidades clínicas, entre ellas la Unidad Clínica de Oncología donde se atiende una gran cantidad de pacientes pediátricos y adolescentes mensualmente con diversas patologías oncológicas, los cuales son ingresados para brindar tratamiento quirúrgico, quimioterapéutico o radioterapéutico y por ende brindar cuidados de enfermería que ayuden a controlar el dolor.

Paralelamente a la resolución del problema, ya sea quirúrgico o terapéutico (administración de quimioterapia ó radioterapia); se ha observado de manera informal que los niños manifiestan dolor agudo o crónico, ya sea por las consecuencias derivadas de la cirugía, tratamiento o evolución de la enfermedad. Se evidenció que el profesional de enfermería se limita al cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado para el control del dolor, no implementando adecuadamente otras alternativas terapéuticas como son las técnicas de apoyo físicas y/o cognitivas existentes en beneficio de la mitigación del dolor en niños con cáncer.

En virtud a las distintas consecuencias que acarrea el dolor en niños oncológicos, se pudo observar a través de la aplicación del guión de

observación; que no se aplican adecuadamente las medidas no farmacológicas, resaltando que los profesionales de enfermería se encuentran atados al cumplimiento de ordenes médicas y tratamiento farmacológico, bien sea por la sobrecarga de trabajo, escasez de personal en la Unidad y por la falta de comunicación y motivación al aplicar estas técnicas tan beneficiosas que le proporcionan una mejor calidad de vida al niño con dolor.

La situación problemática expuesta conduce a la siguiente interrogante de investigación:

¿Qué técnicas de apoyo no farmacológicas (estrategias físicas y cognitivas) proporciona la enfermera (o) en el manejo del dolor en niños oncológicos?

En relación a la interrogante planteada, surge la necesidad de formularse el siguiente problema de investigación:

¿Qué cuidados proporciona el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor utilizando técnicas de apoyo no farmacológicas para el manejo del dolor en la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” durante el primer semestre del año 2006?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los cuidados que proporciona el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor utilizando técnicas de apoyo no farmacológicos para el

manejo del dolor en la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” durante el primer semestre del año 2006.

Objetivos Específicos

*Identificar las técnicas de apoyo físicas que aplica el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor en la Unidad Clínica de Oncología.

*Identificar las técnicas de apoyo cognitivas que aplica el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor en la Unidad Clínica de Oncología.

Justificación

Cada día se comprende y acepta que la investigación es el medio para entender en toda su magnitud los distintos problemas que aquejan a la sociedad, especialmente los referidos al ámbito de la salud. Toda investigación representa un estudio de una problemática percibida empíricamente y tiene entre sus finalidades aportar posibles soluciones.

Las medidas no farmacológicas implican una concepción amplia de la terapéutica y van dirigidas fundamentalmente a promover la autonomía del niño y de su entorno; poniendo en disposición recursos terapéuticos con el fin de brindarle una mejor calidad de vida al niño oncológico con dolor.

El papel de la enfermera (o) en el abordaje del dolor es crucial en sus dos facetas, al ser el profesional que mas tiempo dedica a la atención del

niño con dolor, debiendo afrontar la situación con objetividad, aunque también influirá su propio perfil personal (conocimientos, valores, influencias culturales, etc.) presentes en esta relación. Se debe ser capaz de responder profesional y positivamente ante el niño, estar familiarizados con los tratamientos farmacológicos, no farmacológicos y otros métodos no invasivos para favorecer y coordinar la actuación en equipo. Los planes de cuidado son nuestros mecanismos para prestar cuidados individualizados y coherentes y garantizar la continuidad de los mismos.

La actuación ante el dolor debe estar protocolizada con una serie de pautas detalladas, aunque esto no debe impedir la flexibilidad, ya que el dolor es una experiencia subjetiva y cambiante en la que intervienen factores físicos, emocionales y culturales.

Por otra parte la investigación se considera importante en el ámbito institucional, debido a que mejorando los cuidados que aplica el profesional de enfermería en la atención prestada al niño oncológico de la Unidad Clínica de Oncología; se proporcionará una mejor calidad de vida, brindándole cuidados que ayuden a mitigar y aliviar el dolor.

A los niños con cáncer hospitalizados en la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos”, ya que se le brindarán cuidados para la minimización del dolor mediante la aplicación de técnicas de apoyo físicas y cognitivas, no invasivas; que reducirán en forma significativa las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

A nivel de enfermería, los resultados del estudio podrán ser utilizados para introducir cambios que orienten la práctica de los profesionales de enfermería; que permitan la actualización de los conocimientos en cuanto a los cuidados para el control del dolor en niños oncológicos.

Metodológicamente, el presente estudio servirá de utilidad como antecedente para futuras investigaciones que pretendan profundizar en el tema tratado.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes del Estudio

Se hace notar que en la búsqueda de investigaciones previas que pudiesen servir como base al estudio que se presenta, se realizó una revisión bibliográfica de aquellos elementos que por ser esfuerzos precedentes de conocer sobre el tema, se convierten en una referencia para el desarrollo del mismo. Encontrándose entre ellos los siguientes:

Antecedentes Nacionales:

Rivero, Y. (2004) realizó una investigación titulada: "Intervención de la enfermera (o) en el manejo del dolor en niños oncológicos hospitalizados en la unidad oncológica del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" de Caracas. En el presente estudio se trazó como objetivo determinar la intervención de la enfermera (o) en el manejo del dolor del niño oncológico. La investigación se caracterizó por ser un estudio de tipo descriptivo y de campo, la población objeto a estudio se conformó por los profesionales de enfermería, veinte (20) profesionales de enfermería que laboran en los diversos turnos (mañana, tarde y noche). La muestra fue censal la conformó el 100%, es decir se considero el total de la población. Como instrumento de recolección de datos utilizaron la observación no participativa; para este método utilizaron como instrumento un guión de observación estructurado en cuatro partes: Parte I,

mide tratamiento integral del dolor en niños oncológicos a través de las estrategias físicas; Parte II, mide estrategias cognitivas; parte III, mide terapias farmacológicas; y la parte IV, los efectos de las terapias farmacológicas, diseñado bajo escala dicotómica SI-NO conformado por 23 ítems o aspectos a observar. Los resultados arrojados por la investigación revelaron que en lo referente a las estrategias físicas se evidenció que el personal de enfermería no utiliza las estrategias físicas como alternativas moduladoras del dolor en niños con cáncer; en este mismo orden de importancia se tiene que en lo referente a las estrategias cognitivas; evidenciaron que un alto porcentaje de las enfermeras observadas no aplican en los niños con dolor oncológico estrategias cognitivas como alternativas terapéuticas que alteran la percepción del dolor. Por otra parte evidenciaron en cuanto al cumplimiento de las terapias farmacológicas, que el personal de enfermería se encuentra apegado al cumplimiento de ordenes dependientes, utilizando la terapia farmacológica como única herramienta eficaz en el tratamiento del dolor oncológico. Finalmente evidencian que en lo relativo a la evaluación de los efectos secundarios, un alto porcentaje de la muestra observada valora los efectos deseados y posibles efectos secundarios por considerar la potencia de los fármacos opiodes que se administran para tratar el dolor oncológico en niños.

Bautista, A. y Quintero, C. (2003) realizaron una investigación titulada: Intervención del personal de enfermería en el manejo del dolor del paciente pediátrico oncológico en la unidad de oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” de Caracas. En el presente estudio se trazaron como objetivo determinar la intervención del personal de enfermería en cuanto al tratamiento farmacológico y no farmacológico para el manejo del dolor al paciente pediátrico oncológico. La investigación se caracterizó por ser un estudio de tipo descriptivo, no experimental, transversal y de campo; la población objeto a estudio se conformó por la totalidad de las enfermeras oncológicas, los cuales hacen un total de 26 profesionales en los cuatro turnos de guardia. La muestra fue censal, es decir, la conformó el 100% de la población. Como instrumento de recolección de datos, utilizaron la observación y el cuestionario (encuesta) que consta de dos partes, la primera parte mide: cargo del profesional, nivel académico y tiempo en la unidad de oncología; la segunda parte mide: la intervención de enfermería y los procedimientos que realiza para el manejo del dolor al paciente pediátrico oncológico. Los resultados obtenidos reflejaron que las mayorías de las muestras siguen parámetros establecidos en las bases teóricas, en cuanto al manejo del dolor en el paciente oncológico, con ciertas discrepancias en aspectos relativos a los efectos colaterales, sobre dosis de medicamentos y temor a la adicción con respecto al uso de opioides. Las autoras recomiendan dar las dosis de medicamentos de acuerdo a la organización

mundial de la salud y continuar con los cursos y talleres que dicta la unidad de terapia del dolor a través del departamento docente, para el manejo del dolor al paciente pediátrico oncológico.

Martínez, E. y Carrazo, N. (1999) realizaron una investigación referida: “Intervención de enfermería en la satisfacción de necesidades interferidas al control del dolor en pacientes oncológicos atendidos en el servicio de medicina II del Hospital Universitario de Caracas”. En el presente estudio se trazó como objetivo determinar la intervención de enfermería en la satisfacción de necesidades interferidas referidas al control del dolor en pacientes oncológicos. La investigación se caracterizó por ser un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y de campo, la población objeto a estudio se conformó por el personal de enfermería, veinte (20) enfermeras que laboran en los diversos turnos. La muestra fue censal, es decir, la conformó el 100%, es decir, se consideró el total de la población. Como instrumento de recolección de datos, se utilizó un guión de observación diseñado bajo escala dicotómica (SI-NO). Los resultados arrojados por la investigación revelaron que el profesional de enfermería aplica las medidas terapéuticas indicadas para minimizar el dolor en los pacientes oncológicos, fundamentalmente con el cumplimiento de fármacos de tipo analgésicos y opioides, a través de infusiones continuas. Se evidenció que el personal de

enfermería no valora las constantes vitales y efectos secundarios como indicadores a la respuesta terapéutica del tratamiento indicado.

Antecedentes Internacionales:

Escobar, M. Paredes, E. C. y Martínez, C. (2000) realizaron una investigación referida: "Calidad de atención del profesional de enfermería en la valoración del dolor en pacientes post-operados con patologías oncológicas dicho estudio se realizó en el Hospital Centro de Especialidades Medicas, Veracruz, México". El presente estudio se trazó como objetivo demostrar la importancia de la calidad de atención del profesional de enfermería en la valoración del dolor en pacientes postoperados con patologías oncológicas. La investigación se desarrolló dentro de lo que se conoce como descriptivo, prospectivo, transversal y de campo. La población objeto de estudio se conformó por el personal de enfermería (20) veinte enfermeras que laboran en el servicio de cirugía, en segundo lugar se tuvo una muestra de pacientes postoperados de cirugías oncológicas (Cáncer de mamas, útero, próstata), conformada por 15 pacientes con setenta y dos (72) horas de evolución. La muestra de enfermeras y pacientes la conformó el 100% de la población. Los instrumentos utilizados para medir la calidad de atención en la valoración del dolor se conformaron por una guía de observación, para ser aplicado a los profesionales de enfermería y un cuestionario para ser aplicado a los pacientes del citado estudio. Los

resultados revelaron que el personal de enfermería carece de instrumentos de medición del dolor para ser aplicados a este tipo de pacientes durante las primeras horas del post operatorio, situación que conlleva a que el paciente demanda analgésicos sin aplicar otras terapias como alternativas terapéuticas que ayudan a mitigar el dolor. Como tal, se concluye que es imprescindible una valoración adecuada que permita obtener una historia del dolor que pueda dar respuesta a los aspectos fisiológicos, psicológicos y conductuales del paciente con dolor.

Las presentes investigaciones guardan relación con el presente trabajo ya que en la misma se persigue elaborar un estudio de enfermería que ayude a minimizar el dolor de los pacientes oncológicos a través del uso de estrategias terapéuticas.

Bases Teóricas:

Cuidados que proporciona el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor

El cuidado es la acción de enfermería mas importante para los enfermos y a su vez les proporciona confort aliviándole el dolor, es decir, al aplicar a los niños oncológicos con dolor los cuidados no farmacológicos (técnicas de apoyo físicas y cognitivas) se les da confort y por ende alivio del dolor.

Katherine Kolcaba, autora de la teoría del confort, citada por Dowd, T.

(2003) indica que:

Kolcaba define las necesidades de cuidados de la salud como necesidades para conseguir la comodidad a partir de las situaciones estresantes que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales que se observan a través del seguimiento y los informes verbales y no verbales así, como necesidades relacionadas con...educación y de apoyo...(Pág. 433).

Las variables de intervención las define como las fuerzas de interacción que influyen en la percepción por parte de los receptores de la comodidad total, pueden ser la edad, la actitud, el estado emocional, el sistema de apoyo, el pronóstico, la economía y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores.

La comodidad es algo positivo para el niño con patología cancerosa que vivencia dolor. Se consigue con la ayuda de las enfermeras (os), en este caso al aplicar las medidas físicas como cambios de posición, crioterapia, termoterapia, entre otras. En algunos casos, indica la mejoría de una enfermedad o un estado previo. Intuitivamente la comodidad se asocia con la actividad de cuidados que proporciona el profesional de enfermería como lo son las técnicas de apoyo físicas o cognitivas. Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. (2003) refieren que:

Kolcaba, utilizó las obras de tres de las primeras teóricas de enfermería. El alivio a través del trabajo de Orlando, quien afirmaba que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes. Para la tranquilidad, se utilizó el trabajo de Henderson, que describía las trece funciones básicas de los

seres humanos que debían mantenerse en la homeostasis. La trascendencia se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad., quienes creían que podían superar las dificultades con la ayuda de las enfermeras. (Pág. 432).

Fundamentándose en las ideas de Kolcaba se utiliza un planteamiento cuantitativo y observacional para estudiar a las enfermeras (os) en su trabajo cuando ofrecen cuidados al niños con dolor, se valoran las necesidades de comodidad del paciente con respecto a su entorno (familia, institución hospitalaria, etc.) para el funcionamiento óptimo (salud).

El dolor constituye una experiencia personal compleja que afecta a las personas en su globalidad, debido a la continua interacción cuerpo-mente, el dolor provoca sensaciones, sentimientos y un conjunto de síntomas que incapacita la calidad de vida de quien la padece. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) citado por Kanner, R. (1999) refiere “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable vinculada a daños reales y/o potenciales a los tejidos”. (Pág. 1).

De este modo, debe considerarse que el dolor siempre tiene componentes sensoriales y conductuales y están fuertemente ligados a factores fisiológicos, psicológicos y sociológicos, de allí que la evaluación del dolor por parte de los profesionales de enfermería es parte decisiva en el proceso de enfermería. Al respecto, Whaley L, Wong, D. (2000) definen: “el dolor es lo que diga la persona que lo está experimentando, y esta presente

siempre que ella diga que lo está, e implica la expresión verbal o no verbal del dolor”. (Pág. 496).

Es decir, el reconocimiento del dolor, la presencia y la evaluación de su gravedad por parte de los profesionales de enfermería facilitan la comprensión de las respuestas de los niños con dolor neoplásico, la enfermera evalúa el dolor a través de la observación, el interrogatorio y la medición. Por tal, Ignatavicius, D., Varner, B. (1999) refieren: “la herramienta más importante para el personal de enfermería, para evaluar el dolor en los niños es observar los cambios de conducta y las respuestas fisiológicas”. (Pág. 140).

Sobre la base de lo expuesto se tiene que los cambios de conducta son los indicadores más comunes de dolor en los niños, en especial los que no hablan; la irritabilidad, pérdida de apetito, intranquilidad, aislamiento, alteración del sueño, posiciones antálgicas, reposo voluntario, entre otras, son indicadores valorables por el profesional de enfermería.

Un principio universal de la medicina del siglo XXI reza: “Nadie debería padecer dolor innecesariamente”. El mayor compromiso que debe asumir un profesional de la salud no es tanto tratar la enfermedad, sino evitar cualquier dolor y sufrimiento. Aunque no siempre es posible erradicar todo el dolor, la responsabilidad médica y de enfermería es tratar de minimizarlo en lo posible o al menos hacerlo soportable, el no tratar el dolor o tratarlo indebidamente nunca trae ventajas. El dolor puede llegar a tener

un elevado impacto tanto en la morbilidad, como en la mortalidad y puede significar la diferencia entre la vida y la muerte, por ende, el dolor va frecuentemente acompañado de otras consecuencias, tales como la depresión que puede trastornar la vida del niño oncológico y su familia.

Como resultado de la nueva comprensión de la fisiología del dolor y de los avances técnicos y farmacológicos. El dolor agudo y cancerígeno puede controlarse en casi todos los niños, también se han producido importantes avances en el tratamiento del dolor crónico, no maligno, como resultado de una aproximación multidisciplinaria, lo que hace concebir esperanzas mientras se producen nuevos avances en analgesia, cada médico debe tener permanentemente presente todas las razones éticas y clínicas que recomienden un tratamiento agresivo de dolor con todos los medios a su alcance, igualmente trabajar en equipos interdisciplinarios con enfermería, psiquiatría, higiene mental, rehabilitación, terapia ocupacional, entre otros; con el fin de garantizarle una mejor calidad de vida al niño oncológico con dolor.

El dolor oncológico se puede definir según Vargas, S. y Esposito, G. Q. (1996). "Como episodios de dolor agudo en un marco de dolor crónico de fondo con la existencia de dolores breves producidos por maniobras medicas con finalidades diagnosticas o de tratamiento, donde se presentan dolores nociceptivos, neuropáticos y mixtos". (Pág. 13).

El dolor puede tener origen: somático, nociceptivo, visceral, neuropático, oncológico y mixto. y este a su vez puede ser agudo o crónico; constituye una sensación fundamental, de mayor importancia fisiológica y tiene cuatro componentes: cognoscitivo, afectivo, motor y autonómico.

Al respecto Vargas, S. y Esposito, G. Q. (ob.cit) refiere que: “El dolor nociceptivo, es producido por una estimulación excesiva sobre los nociceptores periféricos, que transmiten la información a través de un sistema nervioso intacto, el dolor Nociceptivo a su vez se puede clasificar en somático y visceral”. (Pág. 13).

El dolor neuropático es producido por una lesión primaria o una disfunción en el sistema nervioso. Se caracteriza por la presencia de alodinia, disestesia, parestesias y paroxismos de dolor agudo o crónico.

Los precitados Vargas, S. y Esposito, G. Q. (1996) al tratar el tema del dolor indican:

El dolor simpático es un tipo de dolor neuropático donde se pueden observar varios de los signos siguientes: cambios de temperatura y coloración repentinos y sin asociación, con fiebre, que pueden ser localizados en la región dolorosa, en un miembro o en varias regiones simultaneas, de aparición espontáneos o desencadenados por crisis dolorosas...El dolor mixto, donde existe la asociación de un dolor nociceptivo y neuropático es el más frecuente en el paciente oncológico; todos estos tipos de dolor pueden estar presentes de manera individual o todos interrelacionados a la vez conformando un verdadero síndrome. La aparición del dolor en algún momento de la historia natural de una patología oncológica es prácticamente una constante, por tanto evaluar, conocer y comprender las causas del dolor oncológico, constituye una etapa vital para el adecuado abordaje del dolor oncológico. (Pág. 14).

Entre todas las enfermedades que afectan a los seres humanos, el cáncer tiene la relativa peculiaridad de que las células enfermas (cancerosas), son singénicas con las otras células del huésped, y por lo tanto tienen la misma configuración genética y biológicas que las células normales del huésped. El cáncer se debe a mutación somática que puede ser inducida por diversos agentes, como químicos, agentes físicos, como la radiación y en raros casos por microbios, virus e inflamación crónica. Un raro grupo de tumores se presentan en la edad pediátrica, con un máximo de incidencia alrededor de los cuatro años de edad y el riesgo de neoplasia maligna evidente aumenta en forma exponencial con la edad. Los niños con cáncer sufren muchos tipos diferentes de dolor, este puede ser agudo o crónico, o estar relacionado de manera directa con la evolución de la neoplasia o con su tratamiento.

En la actualidad dentro del equipo de salud se encuentran profesionales comprometidos en el control del dolor. La enfermera (o) juega un papel importante y fundamental por el tiempo que pasa junto al niño. Actualmente Enfermería es definida según Atkinson, L. y Fortunato, N. (1998). Como aquella que se dedica a la promoción de la salud óptima para todos los seres humanos en sus diversos entornos. Es a la vez un arte humanístico y una ciencia básica y aplicada.

Las enfermeras (os) desempeñan muchos papeles como defensores del enfermo, entre los que se incluyen la

enseñanza de comportamientos saludables, la promoción de la medicina preventiva, la participación de la rehabilitación del enfermo y la investigación. (Pág. 21).

Como se puede apreciar el profesional de enfermería incluye un complejo escenario de acciones que van desde la prevención de enfermedades hasta la rehabilitación del niño con cáncer. Todo esto es logrado por la enfermera (o) mediante el cumplimiento de funciones de tipo asistencial, docente, administrativa y de investigación.

El profesional de enfermería presta sus servicios en diferentes ambientes relacionados con la salud, tales como: ámbito comunitario, donde se hace énfasis en la prevención, en el área hospitalaria que presta interés en el aspecto curativo y de rehabilitación, entre otros. Entre los principales cuidados que realiza el profesional de enfermería al niño oncológico de carácter curativo y/o restaurador se encuentra conjuntamente asociada la unidad de terapia del dolor, donde el rol del profesional de enfermería juega un papel muy importante en la ayuda de minimizar y aliviar el dolor y donde también participan conjuntamente el médico, el niño oncológico y la familia.

La misión de los profesionales de enfermería es tratar de construir un ambiente lo mas familiar posible, permitiendo al niño tomar sus propias decisiones ofreciendo compañía y ayuda para superar la angustia que procede al dolor continuo.

Entre las actividades de la función administrativa del profesional de enfermería que trabaja en la unidad de terapia del dolor se describen algunas: Según Prithvi, R. (1.994). Planifica, valora, organiza, supervisa y coordina la puesta en práctica de los servicios de enfermería; transmite la actitud y la filosofía general de la terapia al niño oncológico; ejecuta técnicas específicas con conocimientos prácticos para el beneficio del niño oncológico; aporta ayuda técnica y científica durante la administración del tratamiento; controla al niño durante y después de la terapia; hace los pedidos de suministros, medicamentos y equipos; emplea técnicas psicosociales de educación y orientación al niño y su familia, facilita la comunicación entre el personal de planta, terapia del dolor, el niño y sus familiares. (Pág. 25).

Las funciones de los profesionales de enfermería pueden ser de índole dependiente, independiente e interdependiente. Los dependientes son los que se ejecuta cumpliendo las órdenes médicas, ejemplo: la administración de medicamentos. Los independientes son aquellas que se cumplen de acuerdo al proceso de atención de enfermería que implica la valoración, planeación, ejecución y evaluación. Por su parte, las funciones interdependientes son aquellas que se cumple con el resto del equipo de salud.

El propósito fundamental de la enfermería es proporcionar un marco que permita satisfacer las necesidades individuales del niño oncológico, familia y comunidad, implicando un proceso de relación interrelacionadas entre el niño y la enfermera, donde el niño constituye el centro de la atención brindada.

Tanto el conocimiento como los medios para tratar el cáncer están disponibles, pero paradójicamente son frecuentemente infrautilizados, se considera que son varios los factores que contribuyen a un tratamiento insuficiente del dolor canceroso; el más prevalente es el estar poco adiestrado médicamente en el amplio espectro clínico de los síndromes del dolor canceroso y sus estrategias terapéuticas.

En los países industrializados a proliferado de forma masiva las clínicas para tratamiento del dolor. En Venezuela se cuenta con varias Unidades de Dolor en diferentes hospitales y clínicas privadas (como ejemplo el Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos". No obstante se estima que aproximadamente la mayoría de los casos de dolor agudo no se tratan convenientemente y un porcentaje todavía mayor de pacientes oncológicos presentan cuadros de dolor. Por lo tanto proporcionar un método de alivio del dolor para cualquier niño oncológico se ha convertido en un objetivo universal, según la organización mundial de la salud (OMS) se pretende facilitar tratamiento del dolor para todos los enfermos de cáncer.

El profesional de enfermería en una unidad de dolor es considerada vital para su normal funcionamiento. En el Hospital de Niños “J. M. de Los Ríos” donde las patologías son graves, acompañadas de dolor y sufrimiento humano, hace que el contacto directo con los niños oncológicos nos sensibilice hacia el dolor y por ende permite proporcionar diariamente calidad de vida basada en los cuidados que aplica el profesional de enfermería.

El alivio del dolor, es una de las tareas mas importantes para el personal de enfermería, quienes deben reconocerlo en los niños oncológicos a tratar para proporcionarles comodidad y medidas de alivio; de allí para controlar el dolor de manera adecuada se es necesario que los profesionales de enfermería, posean un conjunto de conocimientos fundamentados en sus mecanismos, valoración real y potencial del dolor y las modalidades del tratamiento. Al respecto, Ignatavicius, D. y Varner, B. (ob.Cit.) expresan:

La enfermera es un miembro importante del equipo de salud, con responsabilidad en la atención del individuo con dolor agudo o crónico; para enfrentar esta responsabilidad debe entender la fisiología del dolor, los métodos actuales para tratarlos y las formas apropiadas para evaluar las intervenciones. (Pág. 152).

El manejo del dolor en niños oncológicos, constituye una experiencia sin pasado y sin futuro, atado a un presente eterno e insoportable, que altera todas las percepciones y transforma los aspectos de la vida del que

los sufre; como tal, la misión de los profesionales de enfermería es tratar de construir un ambiente lo mas familiar posible, permitiendo al niño oncológico tomar sus propias decisiones ofreciendo acompañamiento y ayuda para superar la angustia que procede el dolor continuo.

En recientes estudios se ha demostrado que la mayoría de los niños oncológicos sufren dolores a la hora de diagnosticar su enfermedad y los que presentan cáncer avanzado, tienen al menos dolores de categoría moderada a severa. Esta aceptado entre los especialistas del dolor que este puede ser tratado y aliviado en la gran mayoría de estos niños.

Los recientes avances científicos y clínicos han revolucionado en el campo del tratamiento del dolor. Los progresos se han basado en el reconocimiento del hecho de que el dolor persistente conlleva a consecuencias más graves que el simple sufrimiento. Entre estas consecuencias están: El dolor oncológico, las cicatrizaciones tardías, las alteraciones del sistema inmunológico y de respuesta ante el estrés, los síntomas vegetativos y las alteraciones permanentes del sistema nervioso central y periférico que desembocan en síndromes de dolor crónico; además estos efectos no solamente afectan a los niños oncológicos, sino también influye en sus familias y en la sociedad.

Las causas del Dolor Oncológico según Vargas, S. y Esposito, G. Q. (ob.cit.). Son múltiples pero su incidencia depende de: El tipo de patología

oncológica y del estadio de la misma, la evolución regional del tumor, intervenciones quirúrgicas, técnicas diagnósticas y terapéuticas invasivas, toxicidad de la quimioterapia y radioterapia, secuelas de tratamientos, infecciones, dolores asociados a la disminución de la actividad física, dolores crónicos no malignos intercurrentes con la patología oncológica. (Pág. 15).

La valoración en el manejo del dolor. Refiere Vargas, S. y Esposito, G. Q. (ob.cit.). Debe realizarse mediante una adecuada valoración del niño y para lograrlo deben seguirse algunos pasos: Historia detallada del dolor, examen físico, entrevista con los padres o familiares a través de métodos y escalas de evaluación del dolor, entre otros.

Además algunos de los signos directos del dolor son reflejados como: posición antálgica, protección espontánea de zonas dolorosas, actitud antálgica con el movimiento, control realizado por el niño a la movilización pasiva o activa, reacciones de defensa o rechazo desencadenadas al examen físico, expresión voluntaria del dolor como: quejas, localización de zonas dolorosas, atonía psicomotora como falta de expresividad, desinterés por el mundo exterior, lentitud en los movimientos espontáneos, rigidez y poca amplitud de los mismos, entre otros.

La valoración del dolor en oncología pediátrica es muy importante debido a que ofrece nuevos aportes complementarios al examen físico, lo cual va a ayudar a que haya un tratamiento adecuado, así como un

parámetro comparativo para determinar la efectividad del tratamiento analgésico instaurado.

Como objetivo de los cuidados paliativos tenemos: brindar una atención de calidad a los niños con cáncer aliviándoles el dolor a través de tratamientos terapéuticos, informar a los profesionales de la salud la necesidad de conocer el uso apropiado de las múltiples terapias que ayudan a controlar el dolor, y fortalecer la capacidad de comunicación del niño y familiares para que informen oportuna y adecuadamente los cambios de alivio del dolor y los posibles efectos colaterales, para así realizar una evaluación efectiva y un tratamiento específico para el abordaje del dolor.

Los cuidados paliativos se definen según Morales, P. E, A. (2002) como la parte de la medicina que “trata aquellos pacientes en los cuales los cuidados curativos no tienen ninguna significación ya que la enfermedad no puede ser erradicada ni curada, pero donde se inician los cuidados de confort, de alivio del dolor y del sufrimiento del paciente, adquiriendo estos cuidados un lugar predominante”. (Pág. 201).

Los cuidados paliativos son los programas de tratamientos activos destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida en los niños cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo.

Por tanto los cuidados paliativos son las diversas medidas médico sociales destinadas a mejorar la calidad de vida del niño en la fase terminal y

a apoyar a su familia. Requiriendo el desarrollo de una buena comunicación, un control adecuado de los síntomas molestos, así como la participación del niño en la toma de decisiones y la atención a los detalles que pueden hacer mas fáciles los momentos finales de su vida.

Al respecto Morales, P. E, A. (ob.cit.) refiere: El objetivo principal de los cuidados paliativos es preservar una buena calidad de vida en la medida de lo posible hasta que llegue el momento del deceso. (Pág. 201).

Los cuidados de un paciente oncológico terminal infantil, merecen un trato especial ya que no se basan exclusivamente en proporcionar al enfermo el máximo bienestar físico y psicológico posible. Se han de favorecer además, la aceptación y adaptación de la familia a la condición del niño con cáncer, respetando al máximo las formas individuales de cada familia de enfrentarse a la enfermedad, siempre y cuando estas no interfieran con el tratamiento del niño.

En los cuidados paliativos pediátricos la conformación de un equipo interdisciplinario es vital y debe basarse en ayudar al paciente a orientarse en relación a todas sus preguntas, ayudarlo a preservar su libertad de pensamiento y la toma de una posición y su derecho a observar y ser atendido como ser humano.

El equipo deberá cuidar igualmente que el niño oncológico no quede alienado a la experiencia de la enfermedad, y no esperar a que se presenten las secuelas psíquicas, deben estar disponibles para el paciente, tratar el

dolor físico y psicológico, cuidar el que los familiares tengan libre acceso y que la palabra del enfermo sea respetada y reconocida.

Técnicas de Apoyo No Farmacológicas:

El dolor es subjetivo y se percibe como una sensación somato-psíquica modulada por diversos elementos físicos y emocionales. Es una experiencia elaborada bajo el influjo de numerosas variables, lo que hace imprescindible que el cuidado de los pacientes se aborde teniendo en cuenta el carácter particular de esta experiencia. Al respecto López, I. Eulalia (2004); refiere es un síntoma que se presenta en un 60-90% de los pacientes con enfermedad terminal, especialmente en las neoplasias. En general, el dolor esta producido por la propia tumoración (invasión de tejidos, compresión nerviosa), pero se estima que en un 30% de los casos, las causas no se relacionan directamente con el tumor, sino con la debilidad, inmovilidad, tensión muscular, úlceras de piel, deterioro físico, etc. En estos casos el dolor responde mejor a medidas físicas sencillas que a los medicamentos analgésicos. (Pág. 103).

Al respecto, Luz, P. (1996) refiere: En el manejo del dolor no farmacológico se pueden utilizar modalidades físicas, no invasoras, junto con los fármacos, con el fin de controlar el dolor en todas las fases del tratamiento. (Pág. 453).

El dolor tiene dos componentes: el estímulo físico y la respuesta emocional o componente afectivo. Es importante por ello prestar atención tanto al tratamiento farmacológico como no farmacológico.

Los profesionales deben mantener una comunicación total y recabar del niño toda la información necesaria y de manera continuada sobre el dolor y sus características: percepción, duración, intensidad, eliminando el miedo a lo desconocido y disminuyendo así su ansiedad; debemos de saber cuales son las perspectivas del niño oncológico frente al dolor y si lo asocia con la muerte.

Es importante enseñar al enfermo técnicas de autocontrol: técnicas de respiración, de autogestión, de relajación, de distracción. Por ello se considera que puede modificarse el grado de dolor enseñando a los niños dichas técnicas. Aunque pueda parecer que informar exclusivamente sobre el dolor puede concentrar demasiado la atención en los aspectos negativos de su enfermedad, la enseñanza de los medios de cómo combatirlo puede aliviar el sufrimiento, la sensación de control facilita el disminuir la ansiedad.

El tratamiento del dolor en niños oncológicos con patologías cancerosas pueden requerir más de un enfoque terapéutico; debiendo seleccionarse el mas adecuado según la severidad de cada caso, considerando no solo las características sensoriales primarias del dolor (calidad, intensidad, ubicación, duración), sino también los factores

situacionales (cognitivos, de comportamiento y emotivo). Al respecto, Torres,

L. M. (1999) expresa:

El tratamiento integral del dolor es fundamental en el ser humano y mucho mas en niños, quienes están en plena etapa de formación y maduración tanto física como espiritual, mental y en quienes un tratamiento inadecuado del dolor dejara secuelas no solo de tipo psicológico; sino de orden orgánico. (Pág. 31).

Las enfermeras pueden enseñar al niño y su familia muchas actividades que ayuden a reducir el dolor. Los métodos no invasivos de alivio del dolor son útiles solos o en combinación con las terapias farmacológicas.

Los tratamientos farmacológicos del dolor parecen engañosamente sencillos. Según Boorsook, D., Lebel A. A. y Mcpeek B. (1999) refiere que:

La mayoría no requiere mas que algunos simples remedios de andar por casa, muy pocos implican el uso de equipos altamente cuantificados o un entorno especial. Como ocurre con otras terapias, uno ha de aprender a usarlas correctamente y siempre con seguridad. Además, la aceptación del niño a estos tratamientos depende de la forma en la que le sean presentados. (Pág. 105).

Los precitados, agregan que: Cuando recomendamos fórmulas no farmacológicas para controlar el dolor de los pacientes, se deben considerar los siguientes puntos:

- Se debe presentar la idea del uso de dichos tratamientos a los pacientes con la convicción de que funcionan bien para mucha gente.

- Tratar de seleccionar los tratamientos con los que los pacientes parecen mostrarse cómodos, para aumentar las posibilidades de que los sigan.
- Enseñar a los pacientes a usar las técnicas antes de que el dolor se haga severo; la intervención del dolor parece ser mas exitosa si se hace de esta forma.
- Adaptar el tratamiento a las capacidades especificas de cada paciente.
- Como con todo tratamiento, modifique el plan de actuación dependiendo de la respuesta del paciente.
- Incentive la paciencia así como la repetición de los tratamientos en el paciente.
- Deje que los pacientes aporten sus propias ideas, siempre y cuando estas no sean perjudiciales.
- Recuerde al paciente que estas terapias son solo un aspecto en el plan general de tratamiento. (Pág. 106).

En el marco de lo citado, puede interpretarse desde enfermería que los beneficios potenciales específicos de usar tratamientos no farmacológicos son muchos; para los pacientes aquejados de enfermedades cancerosas, entre ellos:

- Reducen o eliminan los aspectos nocivos del dolor.

- Incrementan la capacidad del paciente para participar en las actividades de la vida diaria, y así mejoran su autoestima y sensación de control.
- Mejoran la capacidad del paciente para participar en la terapia física, mejorando así su salud en general.
- Permiten la participación de amigos y familiares en el cuidado del paciente, con lo que aumentamos su contacto social.
- Aumentan la capacidad del paciente de enfrentarse a la enfermedad.

Técnicas de Apoyo Físicas:

El dolor en niños oncológicos cuando no es tratado oportunamente, puede afectar tanto fisiológicamente como psicológicamente al niño alterando al núcleo familiar, el medio ambiente social y el desenvolvimiento futuro; de allí la importancia de aplicar terapias farmacológicas, no farmacológicas, invasivas y no invasivas y alternativas que garanticen una mejor calidad de vida mediante la aplicación de técnicas de apoyo físicas, cognitivas, farmacológicas, entre otras. Kozier, B., Erb, G. y Blais, K. (2000) señalan “las estrategias físicas incluyen técnicas como los masajes, la estimulación térmica, digitopuntura, electroestimulación transcutánea que estimula la piel y los tejidos subcutáneos para aliviar el dolor”. (Pág. 1043).

Las medidas físicas tienen por objetivo aliviar el dolor, favorecer la aproximación del cuidador al enfermo y buscar formas de comunicación a través de la relajación corporal. Según López, I. E. (ob. cit.) refiere que:

Entre las medidas físicas mas comunes están aquellas en que se utilizan las manos y el contacto físico, como es el caso del masaje y de las movilizaciones de extremidades o articulaciones entumecidas y dolorosas. Otras precisan de instrumentos ortopédicos como son las prótesis, la ortesis (férulas, collarines, etc.), y las ayudas técnicas (bastones, muletas, andadores, etc.). En algunos casos puede estar indicada la utilización de instrumental mas complejo de tipo eléctrico, como cuando se trata de la estimulación en zonas concretas para lograr la analgesia.(Pág. 104).

Estas medidas serán aplicadas por el equipo de enfermería o la familia, para lo cual es fundamental incidir en la educación sanitaria y el aprendizaje por su parte, ya que disminuye la dependencia, la ansiedad, el miedo y la depresión; que es un factor importante para el alivio del dolor y la disminución de la necesidad de analgésicos.

El profesional de enfermería, utiliza las estrategias físicas en niños con dolor por patologías oncológicas, mediante la estimulación de la piel produciendo alivio del dolor a través de la modulación de las fibras nerviosas, interrumpiendo con ello la transmisión de los impulsos dolorosos e incrementando el riego sanguíneo en la zona afectada, produciendo relajación muscular y reduciendo la ansiedad; estas técnicas tienen efecto fisiológico y psicológico en los niños brindando la oportunidad de participar activamente. Ignatavicius, D., Varner, B. (Ob.Cit.) señalan “el masaje relaja y

libera la tensión, estimula la circulación sanguínea a los tejidos y a los músculos”. (Pág. 333).

De esta manera, la fricción producida por el masaje cutáneo hace que los vasos periféricos se dilaten y eleven el aporte de sangre a la zona afectada por el dolor; esta técnica le permite tener un contacto directo, humano, con los niños afectados por dolor por patologías oncológicas, la aplicación de movimientos rectilíneos o circulares en una o varias zonas mejoran el riego sanguíneo minimizando el dolor.

1) Masajes:

El masaje es uno de los procedimientos mas antiguos para tratar estados dolorosos. Según López, I. E. (ob.cit.); se describe como “manipulación” de los tejidos blandos del cuerpo, mas efectivos cuando son realizados con las manos y se administran con el fin de provocar efectos sobre la circulación local y general de la sangre y de la linfa. (Pág. 105).

Su efecto es similar al calor, aumentando la circulación sanguínea de la zona y acelerando la eliminación de productos de desechos del metabolismo celular. Por otro lado el contacto físico entre la persona cuidadora que realiza el masaje y el enfermo resulta ser un esfuerzo positivo para el mismo, porque afecta directamente en su propia autoestima al percibir a través del contacto

la aceptación incondicional del cuidador. El masaje produce un efecto placentero y los efectos secundarios son mínimos.

De acuerdo con López, I. E. (ob. cit.) el masaje esta contraindicado en:

- Alteraciones de la coagulación ya que podrían aparecer hemorragias o hematomas, si no se realizara con la suficiente suavidad.
- Lugares donde la piel se encuentra lesionada.
- Áreas de tromboflebitis.
- Cuando existen metástasis en huesos largos ya que el riesgo de fractura patológica es patente. (Pág. 107).

También López, I. E. (ob. cit) enmarca las siguientes consideraciones sobre la técnica del masaje:

- Comprende diversas manipulaciones, independientemente de toda adaptación que se precisa en cada caso.
- Existen diferentes tipos de masaje, pero el mas adecuado en este tipo de pacientes es la frotación o masaje superficial, y consiste en deslizar la mano sobre los tejidos sin afectar ni deprimir la región subyacente, debe ser suave y lento. Su principal efecto terapéutico es el poder calmante.
- El masaje se debe administrar en aquellas zonas corporales propensas a la contractura muscular.

- Las friegas en la espalda pueden ser largas y aliviar el dolor leve; no es preciso que el dolor sea localizado.
- En los pacientes con gran ansiedad o por pudor, les puede resultar incomodo el contacto físico, pero la delicadeza al realizar este tipo de maniobras puede resolver la situación. El adiestramiento de algún familiar puede solucionar también este problema.
- El sencillo y único contacto de las manos sobre una zona del cuerpo es muy confortable e induce a la distensión corporal, puede no necesitar un contacto con la piel, se puede realizar con el paciente vestido.
- El masaje en los pies o en las manos es muy efectivo, siendo además lugares muy accesibles del cuerpo. (Pág. 108).

El masaje como terapia puede aumentar la sensación de alivio y bienestar del paciente. Al respecto; Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob.cit.) refiere que las formas expresivas o vigorosas de masajes necesitan un fisioterapeuta experimentado, pero los masajes muy suaves suponen una habilidad muy básica. No es necesaria la localización del dolor para que el masaje produzca alivio. El masaje se usa frecuentemente para tratar las cefaleas, la tensión muscular y el dolor de espalda. Las contraindicaciones para el uso de masajes incluyen la tromboflebitis, las artritis inflamatorias, la infección local y las articulaciones inestables. (Pág. 106).

El masaje es uno de los procedimientos mas antiguos para tratar estados dolorosos. Según Muriel V. C., Madrid A., J. L. (1995); se describe como “manipulación de los tejidos blandos del cuerpo, mas efectiva cuando es realizada con las manos, se administra con el fin de provocar efectos sobre los sistemas nervioso y muscular, y sobre la circulación local y general de la sangre y de la linfa. (Pág. 417). El masaje superficial es relajante y produce una ligera reacción hiperémica cutánea que puede contribuir al éxito de las otras terapias del dolor; el masaje de los tejidos profundos, o de tejido conjuntivo, es aplicado a ligamentos, tendones, músculos y aponeurosis. Su objetivo es movilizar estos tejidos, restaurar en ellos el intercambio sanguíneo normal, mejorar la retracción y la extensión de los tejidos blandos y reducir el volumen de las cicatrices.

2) Estimulación Térmica:

Hay una diversidad de técnicas que tiene propiedades analgésicas debido a que estimulan las aferencias periféricas (receptores cutáneos). Según López, I. E. (ob.cit.) existen beneficios y limitaciones en la aplicación de estas técnicas los cuales son:

Beneficios potenciales de la estimulación cutánea:

- Disminuye la intensidad del dolor

- Alivia el espasmo muscular secundario a patología esquelética, articular o nerviosa.
- Refuerza la relación equipo de enfermería/paciente.
- Ayuda a mejorar la aceptación corporal a través del contacto físico.
- Permite la participación familiar.
- Proporciona al niño control sobre su situación.
- Limitaciones de la estimulación cutánea:
- A veces es subestimada por los profesionales y por los pacientes por ser demasiado sencilla y poco sofisticada.
- Hay pocos conocimientos y no hay investigación cuantificada suficiente.
- Riesgos de accidentes en la utilización del frío y del calor.
- Requiere tiempo y aprendizaje. (Pág. 104).

Se tiene que la estimulación cutánea a través del uso de las técnicas de apoyo físicas en niños oncológicos, producen alivio temporal del dolor, distrae al paciente y centra la atención en los estímulos táctiles, alejando las sensaciones dolorosas y reduciendo la percepción del dolor. Para Potter, P.

A. (2000) refiere:

La estimulación de la piel a través de la aplicación de las técnicas físicas produce alivio del dolor por medio de la liberación de endorfinas orgánicas que bloquean la transmisión de los estímulos dolorosos, estimulan las fibras nerviosas. Abarca gran diámetro disminuyendo la transmisión de estímulos dolorosos de las fibras A delta y C menores. (Pág. 1125).

La aplicación de calor o frío se dice que es una antigua técnica de alivio del dolor y su utilización es universal. Probablemente es mas eficaz para el dolor bien localizado. Es una técnica económica y se aplica con un equipo mínimo y a un nivel de intensidad desconocido.

Dentro de este orden de ideas, tenemos que la estimulación térmica a través de la aplicación de calor o frío a nivel local, estimula la piel e interrumpe la vía del dolor. En tal sentido, Kanner, R. (Ob.Cit.) refiere:

La aplicación de calor local (termoterapia) trae consigo la sensación de relajación, reduciendo la tensión, produciendo una mejor circulación de la sangre, eliminando sustancias que desencadenan el dolor en los tejidos con mayor rapidez por la estimulación de los impulsos neuronales que pasan por los receptores del calor, produciendo inhibición de los impulsos del dolor localizados a nivel de la medula espinal y el cerebro. (Pág. 135).

En otras palabras, la estimulación térmica con calor produce vasodilatación y aumenta el flujo sanguíneo en la zona afectada aportando oxígeno, nutrientes, anticuerpos y leucocitos, acelerando el proceso antiinflamatorio, disminuyendo el dolor al relajar el músculo, produciendo un efecto sedante. Según López, I. E. (ob. cit) refiere que:

La aplicación local de calor produce vasodilatación refleja cuya magnitud y extensión en profundidad depende de la fuente calorífica, y su intensidad y duración de la aplicación. La vasodilatación aumenta la permeabilidad capilar de la región tratada y mejora sus condiciones metabólicas. Las fuentes de calor mas usadas son: baños calientes, rayos infrarrojos, "hots

packs”, compresas calientes, bolsas de agua caliente, etc. (Pág. 105).

En este mismo orden de importancia entre las técnicas de apoyo físicas a ser utilizadas en el dolor crónico oncológico, se tiene la estimulación con frío. En tal sentido, Torres, L. M. (ob.cit.) expresa:

La aplicación de frío (crioterapia) producen vasoconstricción, reducen el flujo sanguíneo en la zona afectada y por tanto, el aporte de oxígeno y metabolitos, disminuye la eliminación de los productos de desechos, produce palidez y frialdad, estimula la producción de norepinefrina que disminuye la conducción de los impulsos dolorosos hacia el cerebro y los impulsos motores hacia los músculos en las áreas dolorosas. (Pág. 1044).

En consecuencia a la aplicación de frío, los vasos sanguíneos se constriñen reduciendo la excitabilidad de los receptores del calor por un efecto vasoconstrictor, como tal, la crioanalgesia constituye una alternativa en el tratamiento físico del dolor.

Según, López, I. E. (ob.cit.) la aplicación local de frío produce vasoconstricción seguida de vasodilatación. “La disminución inicial del flujo sanguíneo se acompaña de un descenso de la velocidad de conducción nerviosa y de relajación muscular, enlenteciendo la conducción de los impulsos nerviosos al cerebro, y asimismo de los estímulos motores cerebrales a los músculos de la zona dolorosa”. (Pág. 105). Al aplicar el frío, llega el momento en que el tejido se hace excesivamente isquémico, lo cual provoca una vasodilatación refleja para conservar la viabilidad del tejido y

después una vasoconstricción para evitar la caída de la temperatura cerebral; las técnicas utilizadas para la aplicación de frío son: hielo por medio de una bolsa o directamente en la zona a tratar, los “cold packs”, etc.

En general, los dolores asociados a los procesos oncológicos, como los posturales y contracturas musculares, responden bien al calor. Un dolor localizado en la zona tumoral o en zonas inflamatorias responde mejor al frío; el frío presenta a veces mas ventajas y menos efectos secundarios que el calor, aunque hay que ser prudente en pacientes con patología vascular. En el caso del calor, y debido a la vasodilatación y aumento de la permeabilidad capilar que produce localmente, esta contraindicado en las quemaduras, en la inflamación y en las hemorragias. Las compresas frías proporcionan un alivio del dolor mas rápido y prolongado que las calientes; no obstante los pacientes prefieren el calor al frío y puede ser necesaria la persuasión.

Según López, I. E. (ob.cit.) otra técnica física es la **aplicación de mentol**: El mentol aplicado en la zona dolorida o próxima, altera la sensibilidad de la piel y produce sensación de calor y frío por evaporación, proporcionando una estimulación continua. Su uso durante la noche facilita el descanso y el sueño. La intensidad del efecto aumenta con la cantidad de mentol. Puede resultar incomodo por su fuerte olor en concentraciones muy elevadas. (Pág. 105).

3) La Digitopuntura:

Otra alternativa terapéutica física, la conforma la digitopuntura, en el manejo del dolor agudo, en cancerología pediátrica y consiste en aplicar presión digital sobre la zona afectada. Al respecto, Maduro, M. T. (ob.cit.) expresa: “la digitopresión es una técnica simple, sencilla, segura, barata y no invasora, se puede aplicar en áreas afectadas, vías nerviosas o áreas denominadas puntos reflejos”. (Pág.1027).

De esta manera, la digitopuntura alivia el dolor por la acción de hiperestimulación con las yemas de los dedos a los nervios o tejidos específicos aumentando los impulsos aferentes que bloquean el estímulo doloroso.

4) Electroestimulación Nerviosa Transcutánea (TENS):

Dentro de este mismo contexto, se tiene la estimulación transcutánea; según Ignatavicius, D., Varner B. (ob.cit.) refieren que “la estimulación transcutánea consiste en transmitir impulsos nerviosos a diferentes niveles del sistema nervioso mediante la colocación de electrodos que suministran pequeñas cantidades de corriente eléctrica a la piel y tejidos subyacentes, que aumentan la microcirculación periférica”. (Pág.420).

La estimulación transcutánea, constituye una opción terapéutica de primera línea en el dolor crónico del cáncer; este método eleva la

concentración de serotonina a nivel de la circulación sistémica y aumenta los mecanismos de bloqueo nervioso periféricos, disminuyendo el dolor.

Consiste en un dispositivo de bolsillo que funciona con baterías y mediante electrodos, suministra una corriente eléctrica continua y leve a la piel. Por lo general, los electrodos se colocan en la zona donde el paciente siente dolor o alrededor de ella. El dispositivo estimula las células nerviosas grandes, que “cierran” la compuerta. Las unidades de TENS tienen varios botones para que el paciente pueda ajustar la intensidad, frecuencia y la amplitud de pulso (duración) para lograr una sensación calmante y placentera.

La estimulación eléctrica transcutánea del nervio (TENS), es una forma de estimulación externa del nervio periférico. Al respecto; Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob. cit). Refieren que “El dispositivo TENS puede reducir el dolor al actuar como un antiirritante; al estimular las fibras nerviosas sensoriales, (cierra la puerta de entrada) a los estímulos dolorosos; sirviendo así como una distracción al mismo. El TENS se usa frecuentemente en el tratamiento de varios tipos de dolor: postoperatorio, lumbar, neuropático, intercostal o torácico, artrítico, de miembro fantasma y canceroso”.(Pág. 106).

La estimulación nerviosa eléctrica y transcutánea (TENS) según López, I. E. (ob.cit.) refiere que consiste en producir estímulos sobre la piel,

utilizando un aparato eléctrico. Su efecto analgésico es similar a los distintos métodos físicos. (Pág. 106). La ventaja del TENS es que permite la graduación del impulso y por lo tanto del control. No se deben de utilizar en los niños con marcapasos y sobre dermatopatias infecciosas e inflamatorias, esta técnica exige un aprendizaje específico, por lo que es más difícil de utilizar por parte del paciente, familia y profesional. Según López, I. E. (ob. cit) refiere que:

Otras técnicas físicas son la **presión y la vibración**; la presión sola o acompañada de masaje sobre los “puntos gatillo” de acupuntura. Para ello se hace necesario conocer su localización por parte del paciente y de los cuidadores. Por otra parte en la vibración se realiza médicamente la aplicación de vibradores en los puntos desencadenantes del dolor. Es en el fondo una forma de masaje más vigoroso; alivia el dolor haciéndolo más sordo y más tolerante para el paciente, los vibradores producen bastante ruido al utilizarlos, pueden ser molestos por la intensidad de su acción, y además son costosos. (Pág. 106).

5) Cambios de Posición:

Consiste en cambiar frecuentemente la posición del niño inmovilizado para mantener la alineación correcta del cuerpo, evitar o aliviar el dolor y para evitar las escaras.

6) Ejercicios Físicos:

Los ejercicios físicos utilizados mas frecuentemente en la practica clínica son aquellos dirigidos a aumentar la flexibilidad, la fuerza y el alineamiento postural, procurando corregir aquellas asimetrías estructurales y desequilibrios musculares que dan lugar a posturas inconvenientes; también los programas que mejoran el estado general aumentan los niveles funcionales. Al respecto Muriel Villoria C., Madrid Arias J. L. (1995); los tratamientos manuales incluyen el masaje superficial y de tejidos profundos, tracciones y movilizaciones articulares. (Pág. 416). Estos tratamientos disminuyen el dolor al recuperar la movilidad normal de las articulaciones y de las partes blandas, reduciéndose las fuerzas anormales. Según López, I. E. (ob. cit) refiere que:

Los ejercicios físicos basados en principios de flexibilidad, fuerza y actividad general, no deben de ser olvidados en el tratamiento conjunto del dolor. El deterioro lento, progresivo y acumulativo de la estabilidad de los tejidos blandos, de la fuerza muscular, y de las condiciones circulatorias generales (síndrome de inmovilidad), conducen a un desequilibrio corporal y a una isquemia hística relativa que terminan produciendo dolor y disminuyendo la capacidad funcional. Siempre hay que ayudarlo a mantener una correcta alineación corporal. (Pág. 106).

Los ejercicios físicos activos (realizados por el paciente) o pasivos (realizados por la enfermera) de todas las articulaciones, deben de realizarse de manera progresiva y suave, no traumática, e indolora, y con una frecuencia diaria variable según lo que aguante el paciente. Ayudan a

prevenir la aparición de dolor por inmovilización. Esta es una practica sencilla y de fácil adiestramiento para la familia, y una forma mas de hacerles participes del plan de cuidados del paciente. Los cambios posturales son un aspecto importante de la movilización pasiva.

Técnicas de Apoyo Cognitivas:

Tienen como objetivo enfocar la mente del niño en algo diferente a la sensación dolorosa, ayudan a disminuir la ansiedad, dependen de las preferencias de los pacientes y solo dan resultados si la persona cree en ellas. Para que estas intervenciones sean efectivas, el profesional de enfermería debe explorar las áreas de interés del niño, determinar cuales tienen significado y averiguar si cree que el enfoque le ayudará a aliviar el dolor.

Según Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob. cit.). "No seriamos capaces de experimentar dolor si no tuviéramos una consciencia cognitiva de su existencia". (Pág. 109). Cuando se produce la consciencia cognitiva, el cerebro asigna un significado a tal experiencia. El significado asignado al dolor depende de muchos factores, tales como las experiencias dolorosas anteriores vividas por cada uno, de cómo vivimos las experiencias dolorosas ajenas y de variables culturales relacionadas con el significado del dolor. Algunas de las terapias conductivas cognitivas son en general beneficiosas, entre ellas la información sensorial y del tratamiento a seguir y el apoyo

social y emocional. Otras terapias son mas efectivas en aquellos niños que han sido identificados por tener ideas subconscientes sobre sus experiencias de dolor, que solo lo exacerban. Un ejemplo de una técnica utilizada para contrarrestar pensamientos subconscientes negativos es la reestructuración cognitiva. El uso de varias técnicas cognitivas a la vez ha demostrado ser de mayor valor que utilizar exclusivamente una, especialmente en los niños con dolor crónico y cefaleas.

Reestructuración Cognitiva:

Esta técnica se centra en enseñar a los niños a seguir e identificar sus propias interpretaciones negativas de la experiencia del dolor. Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob.cit.) refiere que: "Una vez identificadas se evalúa la realidad de tales pensamientos y así los sustituyen por nuevas interpretaciones, se pretende que tales interpretaciones nuevas sean mas precisas y con ello, adaptativas; influye sobre la experiencia del dolor disminuyendo la angustia, las respuestas emocionales y conductivas, y aumentando conductas y pensamientos de adaptación". (Pág. 110).

Información previa a la terapia:

La información previa que se da al niño incluye una descripción detallada de los pasos de la terapia que seguirá, así como las sensaciones que muy probablemente va a experimentar.

Según Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob. cit.). “Los mecanismos por los que se piensa que la información sobre la terapia ayuda al niño en la disminución del dolor, son la reducción de la ansiedad, el temor a lo desconocido, y un cambio en la interpretación cognitiva de los hechos. El tipo de información que mejor ayuda al niño varía dependiendo de su estado general de ansiedad. Un niño con un elevado grado de ansiedad parece que evoluciona mejor con información sensorial, y el que tiene mejor nivel de ansiedad, con información sobre la terapia”. (Pág. 110).

1) La Distracción:

Por otra parte, se ubican en el tratamiento del dolor oncológico en niños el uso de las estrategias cognitivas en el alivio del dolor mediante la alteración de la percepción. Ignatavicius, D. Y Varner, B. (Ob.Cit.) reseñan “la distracción es una estrategia que reduce la tensión muscular y emocional debido a la constante interacción mente-cuerpo, representa un método eficaz en el alivio del dolor”. (Pág.520).

Esta estrategia se fundamenta en la teoría de la puerta de control, en la que la medula espinal; células receptoras que reciben el estímulo doloroso periférico son inhibidas por los estímulos que vienen de otras fibras nerviosas que transportan diferentes a consecuencia que el mensaje doloroso va más lento que los mensajes de distracción; la puerta de la medula que controla la

cantidad de aporte del cerebro, se cierra y el niño oncológico percibe menos dolor. Kanner, R. (ob.cit.) refiere “la distracción es un método eficaz en el alivio del dolor, por alteración de la percepción del dolor, no influyendo en los mecanismos periféricos y puede ser visual, auditiva; desviando la atención del niño hacia algo interesante o placentero”. (Pág.143).

Los métodos cognitivos tienen como objetivo la distracción activa de la atención del niño, sus pensamientos e imágenes. Entre mas actividad tenga el niño, mayor distracción de su dolor. Los recién nacidos y los lactantes requieren de eventos concretos u objetos que atraigan su atención y mas si pueden ver y oír, como los juguetes dotados de voz y música (los móviles con música, por ejemplo). Los niños mayores se concentran mejor en un juego, una conversación, una historia o un cuento especial. Al respecto, Patiño, S., L. H. (2006) refiere; que las técnicas de distracción en los niños, según las diferentes edades son:

- ✓ 0-2 años: Tacto, balanceo, lenguaje, arrullo, música, empleo de móviles (mejor si incluyen música), golpecitos en el cuerpo, masaje, efectos vibratorios.
- ✓ 2-4 años: Juego con títeres, relato de historias, lectura de historietas, técnicas de respiración conciente, juegos como el de soplar burbujas.
- ✓ 4-6 años: Técnicas de respirar conciente, juegos con títeres, conversaciones sobre los lugares favoritos, actividades con la televisión (programas infantiles), humor, video juegos.

- ✓ 6-11 años: Música, técnicas de respiración, relato de cuentos, juegos de deslizamiento de los dedos, conversación sobre los lugares favoritos, programas infantiles de la televisión, humor, video-juegos, imaginación guiada y creativa, hipnosis. (Pág. 450).

2) La Visualización:

Según López, I. E. (ob.cit.); la visualización es “una técnica psicológica que significa la practica regular de visualizar una situación placentera al estado que uno desearía tener. Se puede combinar con la relajación o utilizarla aparte. Puede ayudar en aquellos pacientes en los que la relajación no puede ser aplicada”. (Pág. 107).

Por ejemplo, cuando existen problemas de movilidad y la relajación por medio de imágenes corporales puede ser fuente de ansiedad porque pone al paciente en contacto con su propia inmovilidad, se pueden utilizar imágenes agradables, antiguas o nuevas, que podrían estimularle y abrirle nuevas posibilidades, distrayendo así al paciente. La visualización puede facilitar una percepción de “libertad” aunque el enfermo este inmovilizado en la cama.

3) La Distracción Visual y Auditiva:

La distracción visual y auditiva, en los niños es la forma de tratamiento no farmacológico mas poderosa y versátil, constituyen una herramienta

practica aplicada por los profesionales de enfermería; ya que el niño esta absorto en una actividad, se disminuyen las respuestas neuronales evocadas por los daños a los órganos y/o tejidos.

Las técnicas de distracción; según Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob.cit.); desvían la atención de los pacientes de sus procesos dolorosos hacia aquello que es agradable o positivo para el niño. (Pág. 108). En cuanto a las **técnicas que mejoran la distracción** se tienen las siguientes:

4) Abstracción con imágenes:

Para practicar dicha técnica una persona necesita estar relajada; de ahí que se pueda utilizar una técnica de relajación previa a la misma. Según Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob. cit) refiere que:

Se le pide al paciente que cree una imagen que tenga un significado personal, una imagen de algún lugar o época que le traiga buenos recuerdos; las imágenes en las que se vean implicados los cinco sentidos son mas efectivas para este tipo de ejercicio; por ejemplo evocando imágenes de una playa, uno puede pensar en el olor de la marea baja, el sabor del salitre, sentir la arena calentada por el sol, el sonido de las olas, los pájaros y la visión de los bañistas y las embarcaciones. La imagen utilizada debe ser elegida por el niño, también se pueden utilizar las imágenes que están relacionadas directamente con el tratamiento del dolor del niño; un buen ejemplo de esto es el uso de la imagen de la mano que es enfriada a baja temperatura, una vez que la mano este fría, el niño la sitúa sobre las áreas dolorosas y así la sensación de frío actúa como analgésico. (Pág. 108).

La abstracción con imágenes para aliviar el dolor se usa frecuentemente en niños que reciben terapias contra el cáncer, entre la población de dolor crónico, durante la gestación, el parto y para aumentar los efectos de una relajación.

5) Biorretroalimentación:

Consiste en la capacidad de alterar las funciones corporales (frecuencia cardiaca, presión arterial, relajación muscular) mediante el enfoque mental intencional.

La retroalimentación es una arma de aprendizaje en el que cualquier tipo de respuestas fisiológicas de las cuales el niño no esta alerta, pueden ser observadas y monitorizadas para darle al niño las claves del efecto de las mismas en el funcionamiento fisiológico de su organismo. Según Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob. cit.). “Los aparatos usados para esta técnica son sensibles a parámetros tales como la respuesta galvanica de la piel, la temperatura corporal, trazados electromiográficos, la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y la acidez gástrica; se utiliza generalmente para aliviar las cefaleas”. (Pág. 108).

6) Hipnosis:

Las técnicas hipnóticas se pueden usar para inducir la relajación y combinar con otras estrategias de la conducta cognitiva. La hipnosis es

eficaz en aliviar el dolor en niños que se puedan concentrar bien, usar imágenes mentales y que estén motivados a practicarla.

La hipnosis es un estado de profunda relajación y de alteración de la conciencia durante el cual se focaliza la atención y se reciben instrucciones de hacia donde dirigirla. Para llevar a cabo con éxito esta técnica se ha de contar necesariamente con la colaboración del niño. Según Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob. cit.). “El niño debe confiar en la persona que lo realiza, durante la hipnosis se ha demostrado que los pacientes tienen una atención disminuida de su entorno; puesto que pueden concentrarse tanto en sus pensamientos y de alguna manera bloquear, sustituir, cambiar u olvidar su dolor”. (Pág. 108).

Pero el principal objetivo de la hipnosis es preparar al paciente con experiencias que desarrollen su sensación de dominio sobre sus dolencias: Mientras algunas investigaciones parecen apoyar los efectos positivos de la hipnosis en algunos pacientes, no esta claro si tal efecto es una respuesta placebo. Puesto que la hipnosis puede desbloquear recuerdos reprimidos en la memoria, algunas de las cuales puede ser muy perturbadora para el niño, su uso debe ser competencia de los psiquiatras o psicoanalistas.

7) Musicoterapia o Terapia Musical:

Sirve para desviar el pensamiento de la sensación de dolor. Es necesario explorar los gustos del niño para seleccionar la música apropiada

donde el pueda escuchar durante el día la música de su agrado y por la noche melodías suaves.

Según Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob. cit.). “Se pueden utilizar dos tipos de música para disminuir el dolor; música suave no metrada, sin letra, tal como la “New age”, que ayuda a la persona a conseguir un estado de relajación mas profundo o música que tiene un compás definido, y hasta la letra pueden ser una estupenda distracción para el niño”. (Pág. 109).

Para que este tratamiento funcione lo mejor posible, se deben usar auriculares, estar en un lugar tranquilo y silencioso, dedicarle al menos 15 minutos al proceso y utilizar un ejercicio de relajación justo antes de escuchar la música.

Usando la música como una distracción, la suave se utiliza para facilitar ejercicios de abstracción con imágenes, y la música con mas ritmo se puede usar sola. El niño subirá el volumen de la música si el dolor empeora y lo bajara si mejora; se debe animar al niño a cantar al ritmo de la música, dirigir, tararear, bailar, llevar al compás, interpretarla, etc. La música puede obtener beneficios en las unidades de cuidados intensivos, en los pacientes oncológicos, con dolor crónico y en aquellos que estén en el postoperatorio.

Según López, I. E. (ob.cit.). Estudios recientes han relatado que la música produce “efectos fisiológicos y psicológicos positivos que se aprecian por un aumento ó reducción de la energía muscular, de la frecuencia

cardiaca, de la tensión arterial, así como cambios del ánimo con mejoría de la autoestima y expresión”.(Pág. 107).

La utilización terapéutica de la música se basa en que la distracción tiene un efecto significativo sobre la percepción dolorosa y que el estímulo auditivo disminuye el dolor, por lo que el enfermo puede reenfocar su atención en sensaciones más agradables, y a través de la relajación física y emocional reducir los ciclos de ansiedad y temor que los acompañan y exacerbaban. Para López, I. E. (ob. cit.) “La música es un medio para comunicar estados emocionales, espirituales e intelectuales, mejorando la comunicación, a veces insuficiente con las palabras y el tacto”. (Pág.107).

Después de recoger la máxima información sobre el estado de ánimo, necesidades y experiencias musicales del enfermo, se seleccionará aquella que más se adapte al paciente. La programación musical procurará ser exquisitamente pensada y considerada porque puede evocar recuerdos y sensaciones que no siempre pueden ser fácilmente controlables.

8) Relajación:

Consiste en verse relativamente libre de ansiedad y tensión muscular. Algunos ejemplos incluyen la distracción, respiración rítmica, visualización de imágenes, el entorno tranquilo y la repetición del ejercicio.

En cuanto a las **técnicas que mejoran la relajación**: Según Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob.cit.). Refieren que: “La ansiedad y un nivel alto

de tensión pueden asociarse con un incremento del dolor. En general, las técnicas de relajación requieren que la persona centre la vista en una imagen ó serie de imágenes”. (Pág. 107). En relación con esto, las técnicas de relajación funcionan también por medio de la distracción. Es preferible que el paciente aprenda la técnica mientras no padece de dolor. Asimismo, el uso diario de esta técnica, se tenga ó no dolor, ayuda a reforzar su uso y de ahí, mejora su efecto. En el contexto de un dolor agudo localizado, uno no tiene control sobre el entorno, pero en los pacientes de dolor crónico, el entorno se elige o acomoda prácticamente a sus necesidades. El mejor entorno no es aquel tranquilo y silencioso donde uno puede permanecer sin ser molestado, al menos, durante 20 minutos. Después del cual, la gente generalmente manifiesta sentirse despejada, relajada, descansada o simplemente sentirse “a gusto”.

***Respiración Profunda:** La técnica de respiración profunda requiere que el paciente se centre en su propia respiración. Para ayudar a los pacientes a ralentizar su propia respiración, se les enseña a inspirar lentamente, manteniendo la respiración un par de segundos, y después expirar durante unos cuantos segundos mas. Si el paciente esta ansioso se le ha de entrenar a ralentizar su ritmo de respiración primero, para después enseñarle a profundizar las respiraciones.

El uso de la respiración profunda en el tratamiento del dolor incluye: la preparación para procedimientos dolorosos, disminución de la ansiedad, el

comienzo repentino del dolor y preparación del individuo para otras técnicas de seguimiento como la abstracción con imágenes.

***Relajación muscular progresiva:** El uso de esta técnica comparada con la respiración profunda, generalmente produce en el cuerpo una respuesta fisiológica mas intensa. En este ejercicio, los pacientes se centran secuencialmente en grupos musculares concretos. Tensan y mantienen sus músculos, relajándolos después, para concentrarse en comparar como los sientes después de relajados. Se recorren todos los grupos musculares. Cuando el ejercicio se ha completado, se le pide al paciente que se levante lentamente, se estire y lentamente deambule. Algunos pacientes pueden sentirse ligeramente mareados después de haberse sometido a esta relajación muscular progresiva. El proceso completo lleva unos 20 minutos.

La relajación muscular progresiva esta generalmente indicada para los dolores crónicos de espalda, las cefaleas, la preparación previa a acontecimientos dolorosos conocidos, en el manejo del dolor crónico y para reducir la tensión postoperatoria. Los resultados de la investigación apoyan que esta técnica proporciona resultados más profundos fisiológicamente comparada con otros tipos de ejercicios de relajación. Existen grabaciones y otros medios de enseñanza disponibles para que cualquier persona pueda aprender esta técnica.

Según López, I. E. (ob.cit.) la relajación se puede inducir de diversas maneras, se ha visto que el estado psicológico especial que se consigue con la relajación, no parece depender de la técnica específica que lo haya provocado. “En la persona con dolor, hay interacción entre dolor, tensión muscular y ansiedad. Estos tienden a intensificarse entre si, y la situación empeora. Los mecanismos por los que la relajación produce analgesia están todavía sin determinar”. (Pág. 106).

La relajación es mas efectiva si se utiliza para prevenir el dolor ó cuando esté es menos intenso. Cuando el dolor está instaurado se pueden utilizar relajaciones locales, por ejemplo de la mandíbula, ó realizando respiraciones profundas y rítmicas. Cuando se logra un estado de relajación se genera una reacción orgánica integrada, que como dice López, I. E. (ob. cit) es producto del:

- Aumento de la actividad parasimpática caracterizada por alteraciones en: a) el sistema nervioso central que se advierte en las graficas electroencefalográficas. y b) en la periferia por reducción del consumo de oxígeno, enlentecimiento de las frecuencia cardiaca y respiratoria, disminución de la tensión arterial, así como aumento de la resistencia eléctrica de la piel.
- Disminución de la capacidad de excitación del sistema nervioso simpático por una menor respuesta a la noradrenalina, disminuyendo así la contracción de las fibras musculares lisas de los vasos, aparato

digestivo, etc. La eficacia de las diferentes técnicas de relajación es prácticamente la misma, sin que una técnica sea superior a otra. (Pág. 106).

La terapia de relajación además de aumentar el umbral del dolor, reducir la disnea, el temor y la ansiedad, aumenta la capacidad del paciente para autocontrolar las diferentes situaciones por las que atraviesa. Un método simple de relajación, basado en las clásicas técnicas de condicionamiento que combina aspectos musculares y mentales, es el que se describe a continuación. Este tipo de técnica debe de realizarse con el paciente en postura lo mas cómoda posible y en un ambiente muy tranquilo.

La relajación puede ser inducida con las siguientes instrucciones:

- El paciente debe de cerrar los ojos.
- Debe de contraer y relajar progresivamente los distintos grupos musculares, comenzando por los pies hasta llegar a los músculos de la cabeza y viceversa, procurando experimentar las diferencias entre los diferentes estados por los que se atraviesa. Debe de inspirar y espirar lentamente durante todo el proceso.
- Una vez que note el cuerpo distendido, sin cambiar de postura y con los ojos cerrados, repetirá una palabra o una frase con las que él se identifique. Todo ello de forma lenta y relajada, continuando durante 10-20 minutos.

- Transcurrido este tiempo debe de quedarse en la misma postura unos minutos con los ojos cerrados, comenzando a movilizar lentamente, primero las manos, para seguir con los brazos y las piernas. No debe incorporarse hasta pasados unos cuatro minutos.
- No preocuparse si no se ha alcanzado un estado de relajación profundo, manteniendo siempre una actitud pasiva y esperando a que la relajación llegue sin esfuerzo. Se debe de practicar un par de veces al día, no coincidiendo con las horas de la digestión.

Existe otra técnica de relajación centrada en la respiración, pero esta no esta indicada en pacientes con disnea. Se puede iniciar de la siguiente manera:

- Adoptar una postura cómoda y relajada.
- Cerrar los ojos y centrarse en el interior de uno mismo.
- Prestar atención en la respiración, en como entra y sale el aire.
- Percibir el ritmo de la respiración en profundidad, notando como se mueve el cuerpo en cada respiración.
- Permitir que cada vez que se exhala vayan hacia fuera las tensiones. Y cada vez que se inhala entra un poco de relajación, de bienestar y tranquilidad.

9) Sentido del Humor:

La risa sirve para distraer a los niños, además de brindar entretenimiento inmediato puede proporcionar un alivio prolongado del dolor hasta por dos horas.

10) Actividades Recreativas:

Se utilizan las actividades recreativas, como medidas terapéuticas no farmacológicas, considerando que los juegos conforman uno de los aspectos mas importantes en la vida de los niños, permitiéndoles liberar estrés.

Whaley, L., Wong, D. (ob.cit.) expresan: “las actividades lúdicas (juegos) conforman el trabajo de los niños y resultan indispensables para su bienestar mental, emocional y social”. (Pág.389). Como tal, la recreación a través de los juegos proporciona diversión y relajación, ayudando al niño a sentirse seguro en un ambiente hospitalario y reduce el estrés causado por la separación del núcleo familiar.

11) El Dibujo y la Pintura:

De igual forma, las actividades de orden expresiva, constituyen una de las alternativas terapéuticas en el tratamiento del dolor por metástasis o dolor nociceptivo. Al respecto Potter, P. A. (ob.cit.) refiere “el dibujo, la pintura, son expresiones excelentes, se puede utilizar esta técnica en forma individual y/o

grupal como terapia modificadora del comportamiento mediante la reducción de actitudes que aumentan el dolor”. (Pág.335).

12) Estrategias Cognitivas Conductuales:

Representan técnicas ampliamente reconocidas para la liberación de tensiones, por medio de la relajación muscular a través del disfrute, aumentando la participación en eventos sociales que incrementen el control independiente del dolor.

Según López, I. E. (ob.cit.) dentro del campo de la psicología existen técnicas cognitivas y conductuales que se aplican en el control del dolor, tales como la relajación, visualización. Es un elemento común de varios métodos psicológicos para el alivio del estrés y del dolor. (Pág. 106). Su objetivo es aprender a dejar los músculos libres de tensión en pocos minutos, para adquirir después un mayor control consciente sobre el estado corporal y mental.

13) Apoyo social y emocional:

El contexto social en que una persona se enfrenta al dolor según Borsook, D., Lebel, A. A., Mcpeek, B. (ob.cit.); incluye elementos de incertidumbre, sentimientos de pérdida del control, aislamiento social, conductas ante el dolor y el entorno cultural. (Pág. 110). En la estructura

social se dan distintas creencias, costumbres y valores éticos. El apoyo social y emocional puede reducir el dolor al alterar el aprendizaje cognitivo de la vida, siendo mas positivo y esperanzado; desarrollando habilidades personales que permiten al niño compartir sus sentimientos, reduciendo así su ansiedad y aumentando su adherencia al tratamiento.

El dolor es una experiencia percibida de manera subjetiva y multifactorial. Los factores psicológicos no son fáciles de separar de los anatómicos y fisiológicos. El objetivo no consiste en si el niño se beneficia por un efecto placebo o cambios fisiológicos reales, sino que consiste en que se sienta mejor siendo esté el objetivo primordial del tratamiento no farmacológico.

Según el Manual para padres y voluntarios del niño paciente (2003); Para tratar a los niños hospitalizados se dispone de dos herramientas fundamentales: el juego y la conversación; estas actividades permiten aliviar al niño de las preocupaciones acerca de lo que le ocurre. El apoyo y el aliento que a través de ellas se proporciona, reafirman en él la sensación de ser una persona única, que puede ser aceptada y amada, a pesar de lo difícil de su situación. Los juegos, la risa y el entretenimiento, le harán pensar que a través de lo doloroso que pueda ser el periodo de hospitalización, todavía es posible vivir experiencias familiares y agradables, los niños siempre intentan dar una explicación a lo que ocurre a su alrededor.

La meta principal es mostrar a los niños que, aunque existen momentos de dolor e incomodidad en los hospitales, también es cierto que en ellos se viven algunos momentos y experiencias felices, compartiendo con otros niños y adultos. (Pág. 5).

Derechos de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados:

Todo niño, niña y adolescentes tiene derecho:

1. A la vida sin discriminación alguna fundada en motivos de raza, color, sexo, edad, idioma, pensamiento, religión, procedencia, discapacidad ó enfermedad.
2. A permanecer junto a su madre desde el momento de su nacimiento.
3. A ser amamantado por su madre.
4. A recibir atención medica de emergencia de la más alta calidad en todos los centros y servicios de salud públicos o privados.
5. A recibir suministro gratuito y oportuno de medicinas y otros recursos para su tratamiento médico.
6. A que la hospitalización sea lo mas breve posible y a no sufrir procedimientos médicos que puedan evitarse.
7. A recibir información adaptada a su edad y desarrollo mental sobre los tratamientos que se le van a dar.
8. A tener información sobre el pronóstico de su enfermedad.
9. A negarse como sujeto de investigación.
- 10. A que se le alivie el dolor.**

11. A ser tratado con educación y comprensión y a que se respete su intimidad.
12. A estar acompañado de alguno de sus padres o representantes durante la hospitalización.
13. A ser hospitalizado junto a otros niños.
14. A permanecer durante su hospitalización en un espacio limpio, cuidado y con un mobiliario adecuado para su edad.
15. A continuar su educación y recreación dentro del hospital y disponer de libros, juegos y medios audiovisuales adecuados a su edad.
16. A estar inscrito en el Sistema de Seguridad Social.
17. A protección ante situaciones traumáticas evitables derivadas de prácticas administrativas u organizativas inadecuadas (mala praxis y huelgas institucionales).
18. A que los padres o representantes reciban toda la información relativa a la enfermedad y expresen su conformidad con los tratamientos que se le aplican al niño.
19. A que los padres o representantes participen activamente en sus cuidados.
20. A recibir apoyo religioso y espiritual de acuerdo a la práctica de su familia.
21. Al buen morir, con los seres queridos y con el mínimo de padecimiento físico.

22. A disfrutar de los contenidos presentes en la Ley Orgánica para la Protección del Niño y Adolescente (LOPNA; Venezuela 1998). (Pág.21).

Sistema de Variables:

Variable: Cuidados que proporciona el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor utilizando técnicas de apoyo no farmacológicas para el manejo del dolor.

Definición Conceptual: Se refiere al conjunto de medidas terapéuticas no farmacológicas aplicadas por los profesionales de enfermería en el control del dolor en niños oncológicos.

Definición Operacional: Se refiere a las acciones ejecutadas por el profesional de enfermería para el manejo del dolor referidas a las técnicas de apoyo físicas y cognitivas y están relacionadas con las técnicas de apoyo no farmacológicas.

Operacionalización de Variables

Variable: Cuidados que proporciona el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor utilizando técnicas de apoyo no farmacológicas para el manejo del dolor.

Definición Operacional: Se refiere a las acciones ejecutadas por el profesional de enfermería para el manejo del dolor referidas a técnicas de apoyo físicas y cognitivas y están relacionadas con las técnicas de apoyo no farmacológicas.

DIMENSION	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEMS
Técnicas de Apoyo No Farmacológicas: Son las medidas terapéuticas no farmacológicas ejecutadas por el profesional de enfermería en la unidad clínica de oncología relacionadas con las técnicas de apoyo físicas y cognitivas para el manejo del dolor en el niño oncológico.	Técnicas de Apoyo Físicas: Se refiere a las medidas terapéuticas empleadas por el profesional de enfermería para el manejo del dolor en los niños oncológicos a través de masajes, estimulación térmica, digitopuntura, electroestimulación nerviosa transcutanea, cambios de posición y ejercicios físicos.	-Masajes	1
		-Estimulación térmica (calor y frío local)	2, 3
		-Digitopuntura	4
		-Electroestimulación nerviosa transcutanea (TENS)	5
		-Cambios de posición	6
		-Ejercicios físicos	7
	Técnicas de Apoyo Cognitivas: Se refiere a las medidas terapéuticas aplicadas por el profesional de enfermería para el manejo del dolor en niños oncológicos a través de la distracción (visual, auditiva), y la recreación.	*Distracción:	
		-Visual	8, 9
		-Auditiva	10
		*Recreación:	
		-Juegos	11
		-Dibujo y pintura	12, 13
	-Sentido del Humor	14	
	-Relajación, Apoyo Psicológico	15	

Definición de Términos Básicos

***Analgesia:** Se define como “la ausencia de dolor en respuesta a un estímulo que normalmente es doloroso”.

***Alodinia:** Dolor debido a un estímulo no doloroso.

***Disestesia:** Sensación anormal no placentera.

***Digitopuntura:** Técnica que consiste en aplicar presión con la yema de los dedos en las áreas denominadas puntos reflejos.

***Distracción Visual y Auditiva:** Es una estrategia que reduce la tensión muscular y emocional por la interacción mente-cuerpo, entre ellos se tiene la TV, la lectura, la música.

***Electroestimulación:** Técnica que consiste en proporcionar en forma transcutánea impulsos nerviosos, mediante la colocación de electrodos que suministran cantidades de corriente eléctrica y aumentan la microcirculación periférica.

***Estimulación Térmica:** Se refiere a la técnica de aplicar calor o frío local, a fin de interrumpir los impulsos del dolor localizados a nivel medular y el cerebro.

***Enfermería Oncológica:** Enfermera profesional con un post-básico en oncología, que se encarga del cuidado de paciente con enfermedades neoplásicas.

***Enfermería en Unidad de Dolor:** Personal capacitado con conocimientos científicos, habilidades y destrezas en la administración de técnicas de apoyo farmacológicas y no farmacológicas, sensible al sufrimiento humano.

***Hiperestesia:** Sensibilidad aumentada ante los estímulos.

***Hipoestesia:** Sensibilidad disminuida ante los estímulos.

***Hipoalgesia:** Sensibilidad disminuida al estímulo doloroso.

***Masaje:** Técnica de manipulación de los tejidos blandos del organismo por frotación, presión, golpeteo, para activar la circulación, mejorar el tono muscular y favorecer la relajación.

***Oncología Pediátrica:** Es una de las sub-ramas de la oncología que se encarga del estudio de todo lo relacionado con el cáncer infantil, así como de su diagnóstico y tratamiento.

***Unidad de Terapia del Dolor:** Presta atención especializada al paciente con dolor, específicamente un cincuenta por ciento son de la Unidad de Oncología, otro cincuenta por ciento distribuidos en las diferentes Unidades de Quemados, Cirugía, Emergencia, y Unidades de Hospitalización por patologías dolorosas.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

En este capítulo se describe el tipo de estudio, población y muestra, métodos e instrumentos de recolección de datos, procedimiento para la validación y confiabilidad, plan de tabulación y análisis.

En este sentido, el marco metodológico de acuerdo a Sabino, C. (2001) define: es un método específico, una serie de actividades sucesivas y organizadas que deben adaptarse a las particularidades de cada investigación, y que indican las pruebas efectuadas y las técnicas a utilizar para recolectar y analizar los datos. (Pág. 25).

De acuerdo a lo expuesto por el autor, el marco metodológico es el paso que sigue el investigador para darle respuesta al problema. A través del marco metodológico se precisa la forma en que se efectúa la investigación y de esta manera determinar los “cuidados que proporciona el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor utilizando técnicas de apoyo no farmacológicas para el manejo del dolor en la unidad clínica de oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” Primer semestre 2006.

Tipo de Estudio:

En consideración a las características del problema y los objetivos que se presentan, el diseño de la investigación es de campo de tipo descriptivo.

Se considera descriptivo porque describe la variable: Cuidados que proporciona el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor utilizando técnicas de apoyo no farmacológicas para el manejo del dolor en el Hospital de Niños "J. M. de los Ríos". Al respecto, Canales, F., Alvarado, E. y Pineda, E. (1994) refieren:

Los estudios descriptivos son la base y punto inicial de otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que deben estudiarse en una población, (la frecuencia, prevalencia o incidencia) y quiénes y cuándo se está presentando determinado fenómeno. (Pág. 138).

Asimismo, se puede decir que es una investigación de campo, porque los datos de la investigación se tomaron directamente de la unidad clínica de oncología del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos". Al respecto, la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (2002) conceptualiza la investigación de campo como "el análisis sistemático del problema con el propósito de descubrirlo, explicar sus causas y efectos, entender su naturaleza y factores constituyentes y predecir su ocurrencia; los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad". (Pág. 5)

Población:

La población es definida por Canales, F., Alvarado, E. y Pineda, E. (Ob.Cit.) como "la agregación o cúmulo de cosas que cumplen con un conjunto determinado de criterios". (Pág. 205)

En tal sentido, la población objeto de estudio estuvo conformada por los profesionales de enfermería que laboran en la unidad clínica de oncología del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" en el turno de mañana y tarde los cuales hacen un total de dieciséis (16) profesionales de enfermería.

Cabe destacar que en la Unidad Clínica de Oncología hay una población general de 8 profesionales en los cuatro turnos de guardia (mañana, tarde y noche), lo que da un total de 32 profesionales de enfermería; para lo cual se tomo una muestra intencional de 16 profesionales de enfermería.

Para esta investigación cuya población es pequeña y finita, se tomará como muestra a 16 profesionales de enfermería de los turnos mañana y tarde, distribuidos según el siguiente cuadro:

Distribución de la población objeto a estudio:

7:00 AM A 1:00 PM	1:00 PM A 7:00 PM
8 Profesionales de Enfermería	8 Profesionales de Enfermería
TSU en Enfermería: 03	TSU en enfermería: 03
LIC. en Enfermería: 05	LIC. en enfermería: 05

Fuente: Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" (2006)

Muestra:

En cuanto a la muestra, Tamayo y Tamayo (1999) la definen como "un subconjunto de unidades que comprenden la población". (Pág. 20).

A efecto del estudio que se presenta, el tamaño de la muestra fue de dieciséis (16) profesionales de enfermería que laboran en la Unidad Clínica

de Oncología del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" en el turno de mañana y tarde.

Es bueno destacar que cuando la población es pequeña, según Balestrini, A. M. (2001) plantea lo siguiente: "Dada las características de una población pequeña y finita, se tomara como unidad de estudio e indagara a todos los individuos que la integran". (Pág. 145).

Métodos e Instrumento de Recolección de Datos

De acuerdo a los objetivos del estudio se utilizó como método de recolección de datos la observación, el cual es explicado por Canales, F., Alvarado, E. y Pineda, E. (Ob.Cit.) como "el registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificación y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo al esquema previsto y según el problema que se estudia". (Pág. 160)

El tipo de observación realizada fue la no participativa, es decir, las investigadoras no participan directamente en el proceso de observación, lo cual es definida por Hurtado de Barrera, J. (2000) como "aquella en la que el observador permanece ajeno al evento a estudiar, no participa de él, ni lo modifica e intenta mantener su propio marco de referencia sin dejarse afectar por la percepción de las personas a quines observa". (Pág.52).

Es decir, la observación fue registrada en forma objetiva, consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo al esquema previsto y el

problema que se estudió, para este método se utilizó como instrumento un guión de observación estructurado en dos partes: parte I, mide las técnicas de apoyo físicas y la parte II, mide las técnicas de apoyo cognitivas; diseñado bajo una escala dicotómica (SI-NO) conformado por quince (15) ítems o aspectos a observar, aplicado en cuatro momentos diferentes a la muestra de enfermeras (os); observándose durante aproximadamente una hora a cada profesional de enfermería que labora en la unidad clínica, con el propósito de medir la variable: Cuidados que proporciona el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor utilizando técnicas de apoyo no farmacológicas para el manejo del dolor.

Validez y Confiabilidad:

En lo que se refiere a la validez de un instrumento de recolección de datos, según Balestrini, A. M. (ob.cit.); la validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide las variables que pretende medir (Pág. 240).

A objeto de validar el instrumento de recolección de datos (guión de observación), se sometió a juicio de expertos en el área de Enfermería, Oncología y Metodología.

La confiabilidad de un instrumento de recolección de datos es aquella condición que según Canales, F. Alvarado, E. Y Pineda, E. (Ob.Cit.) se refiere a "la capacidad de un instrumento para arrojar datos o mediciones, que correspondan a la realidad que se pretende conocer, o sea, la exactitud

de la medición así como la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos". (Pág. 171).

Con la finalidad de conferir la confiabilidad del instrumento (guión de observación) se aplicó la medida de estabilidad Test-Retest, mediante el siguiente procedimiento:

Primero: Se seleccionó una muestra piloto de seis (6) profesionales de enfermería que laboran en la unidad clínica de oncología.

Segundo: Se aplicó el instrumento en dos oportunidades con un intervalo de ocho (8) días entre cada aplicación a la muestra piloto antes mencionada.

El guión de observación diseñado para medir "Los cuidados que proporciona el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor utilizando técnicas de apoyo no farmacológicas para el manejo del dolor" obtuvo una confiabilidad del 76%.

Se utilizó como método la técnica de observación; al respecto Hurtado de Barrera, J. (Ob. Cit) refiere: La observación constituye un proceso de atención, recopilación, selección y registro de información, para el cual el investigador se apoya en sus sentidos (vista, oído, sentidos kinestésicos y cenestésicos, olfato, tacto). (Pág. 449).

Los instrumentos de medición que corresponden a la técnica de observación, deben proporcionar criterios para que el investigador pueda

captar exactamente aquello que le interesa del evento, así como los códigos, categorías y valoraciones que permitan dar una estimación del mismo.

Se realizó mediante el siguiente procedimiento: Se aplicó en cuatro momentos diferentes a la muestra de enfermeras (os) y se observó durante aproximadamente una (1) hora a cada profesional de enfermería que labora en la Unidad Clínica, en un lapso de dos (2) semanas hábiles, es decir, diez (10) días.

Procedimiento en la Recolección de Datos:

Se procedió a la recolección de datos siguiendo procedimientos: Se estableció comunicación con la Dirección de Enfermería, Comité de Bioética, Unidad de Terapia del Dolor y con la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos", con la finalidad de informar sobre el propósito de la investigación y solicitar los permisos correspondientes para llevar a cabo la investigación.

Se contó con la aprobación y colaboración de las autoridades del Departamento de Enfermería del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos". Y con los recursos materiales y financieros para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Los datos del guión de observación fueron recabados por las investigadoras en un lapso de dos (2) semanas hábiles, es decir, diez (10) días.

Técnica y Análisis de Datos:

A objeto de analizar los datos recabados por el instrumento de recolección (guión de observación) se procedió de la siguiente forma:

La información obtenida por el instrumento de recolección de datos se tabuló en forma manual y por separado.

Se aplicó una estadística descriptiva porcentual.

Se presentaron los resultados en cuadros contentivos (opciones, frecuencia absoluta y porcentajes), a cada cuadro se le hizo un análisis cuantitativo y cualitativo para luego hacer un análisis global de ambos resultados.

De igual forma, se presenta su respectiva representación gráfica a través de diagrama de sectores.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS

En el presente capítulo, se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos (Guión de Observación) a la muestra seleccionada en el estudio.

Los datos se presentan en tablas contentivas en opciones, frecuencia absoluta y porcentajes. A cada tabla se le expone un análisis cualitativo; cada tabla está representada gráficamente por diagramas de barras, tomando en cuenta el total agrupado para cada tabla. Para finalizar, se expone la interpretación global de los resultados.

Cuadro 1

Frecuencia absoluta y porcentaje de los aspectos observados en los profesionales de enfermería, en relación con las Técnicas de Apoyo Físicas. Primer semestre 2006.

ITEMS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1 Masajes	02	12.5%	14	87.5%	16	100%
2 Termoterapia	14	87.5%	02	12.5%	16	100%
3 Crioterapia	12	75%	04	25%	16	100%
4 Digitopuntura	01	6.25%	15	93.75%	16	100%
5 TENS	02	12.5%	14	87.5%	16	100%
6 Cambios de Posición	16	100%	-----	-----	16	100%
7 Ejercicios	16	100%	-----	-----	16	100%
Total Agrupado	09	56.25%	07	43.75%	16	100%

Fuente: Guión de Observación aplicado a la muestra del estudio.

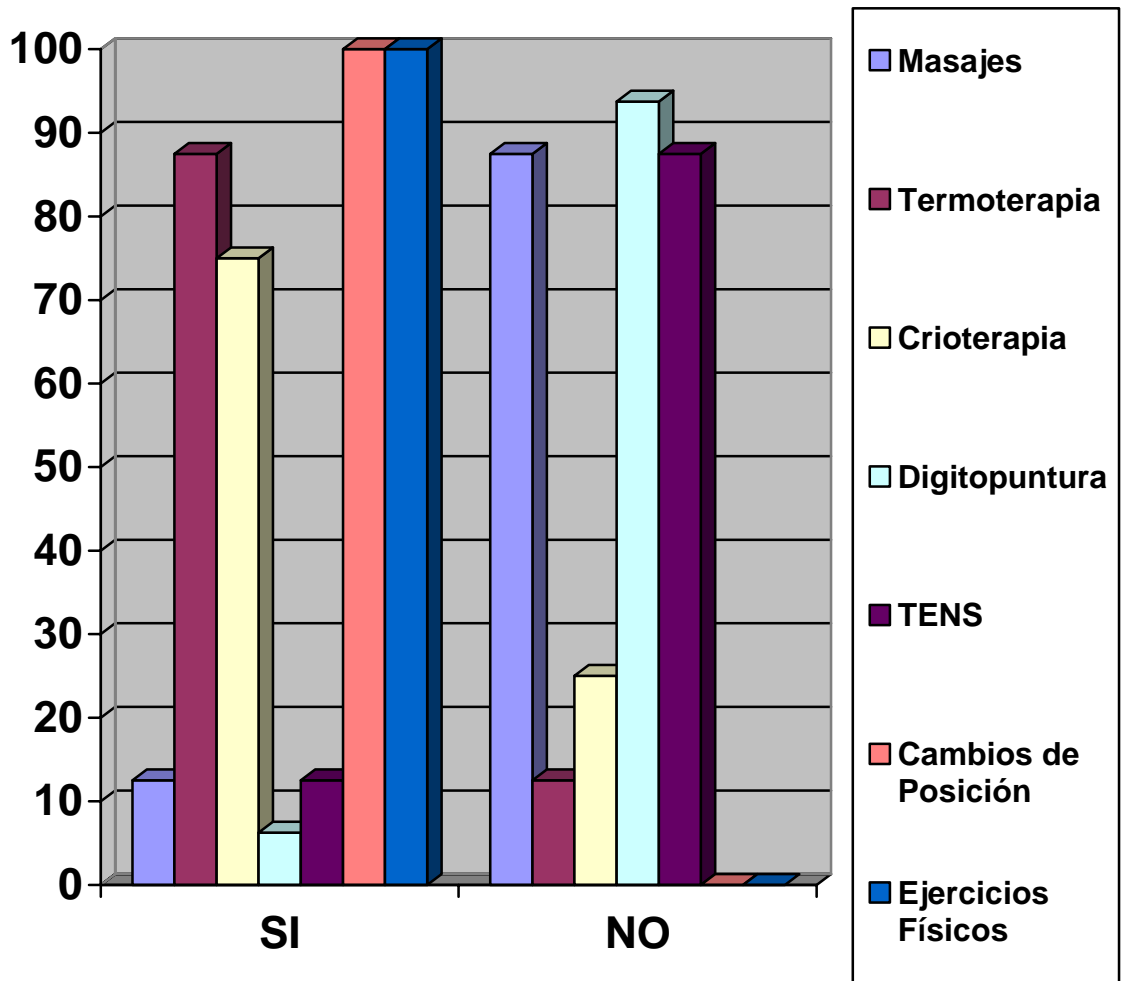
El Cuadro 1 evidencia como un **56.25%** de los aspectos observados en la muestra sujeta a estudio, refleja que si se utilizan las técnicas de apoyo físicas como alternativas en la modulación del dolor en niños oncológicos, obviando las técnicas de estimulación física (masajes, digitopuntura) como medidas terapéuticas que tienen un efecto mecánico directo en los tejidos y aumentan la relajación cuando se aplican sobre la zona afectada, considerando que la estimulación cutánea produce liberación de endorfinas que bloquean la transmisión de los estímulos dolorosos por estimulación de las fibras nerviosas modulando o inhibiendo la actividad de las fibras A delta menores que transmiten el dolor.

Por ende, se tiene que la estimulación cutánea produce un efecto fisiológico y psicológico el cual debe ser aprovechado por el profesional de enfermería en los niños oncológicos con dolor al ser técnicas de apoyo no invasivas. Se evidenció que un alto porcentaje aplicó la estimulación térmica (calor y frío) como apoyo terapéutico al actuar como moduladores del dolor al producir vasodilatación y aumentar el flujo sanguíneo en la zona afectada, disminuyendo el dolor al relajar los músculos; de igual manera, se evidencia que no se aplican técnicas de estimulación con TENS para inhibir el dolor. En este mismo orden de importancia, un alto porcentaje aplica los cambios de posición y ejercicios físicos para evitar o aliviar el dolor.

Cabe destacar que un **43.75%** de la muestra sujeta a estudio no aplica las técnicas de apoyo físicas como técnica de apoyo preventiva del dolor.

Grafico 1

Aspectos observados en los profesionales de enfermería, en relación con las Técnicas de Apoyo Físicas. Primer semestre 2006.



Fuente: Cuadro 1

Cuadro 2

Frecuencia absoluta y porcentaje de los aspectos observados en los profesionales de enfermería, en relación con las Técnicas de Apoyo Cognitivas. Primer semestre 2006.

ITEMS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
8 TV. y Programas Infantiles	15	93.75%	01	6.25%	16	100%
9 Proyección de Cintas de Videos	15	93.75%	01	6.25%	16	100%
10 Musicoterapia	12	75%	04	25%	16	100%
11 Juegos de Mesa	15	93.75%	01	6.25%	16	100%
12 Expresión Plástica	11	68.75%	05	31.25%	16	100%
13 Expresión Creativa	12	75%	04	25%	16	100%
14 Sentido del Humor	14	87.5%	02	12.5%	16	100%
15 Relajación y Apoyo Psicológico	15	93.75%	01	6.25%	16	100%
Total Agrupado	14	85%	02	15%	16	100%

Fuente: Guión de Observación aplicado a la muestra del estudio.

El cuadro 2 evidencia como un **85%** de los aspectos observados en la muestra sujeta a estudio, refleja que se aplican las técnicas de apoyo cognitivas como alternativas moduladoras del dolor.

La distracción visual, auditiva y la recreación conforman un conjunto de técnicas multimodales en el control del dolor en niños oncológicos, ya que les facilita el desarrollo de habilidades que les permite superar la evolución de la enfermedad y sus síntomas, a través del enfoque de la atención de otros estímulos positivos que reducen la tensión muscular y emocional por la interacción mente-cuerpo; ya sea visual y auditiva como forma de tratamiento no farmacológico que deben ser aplicados por los profesionales de enfermería.

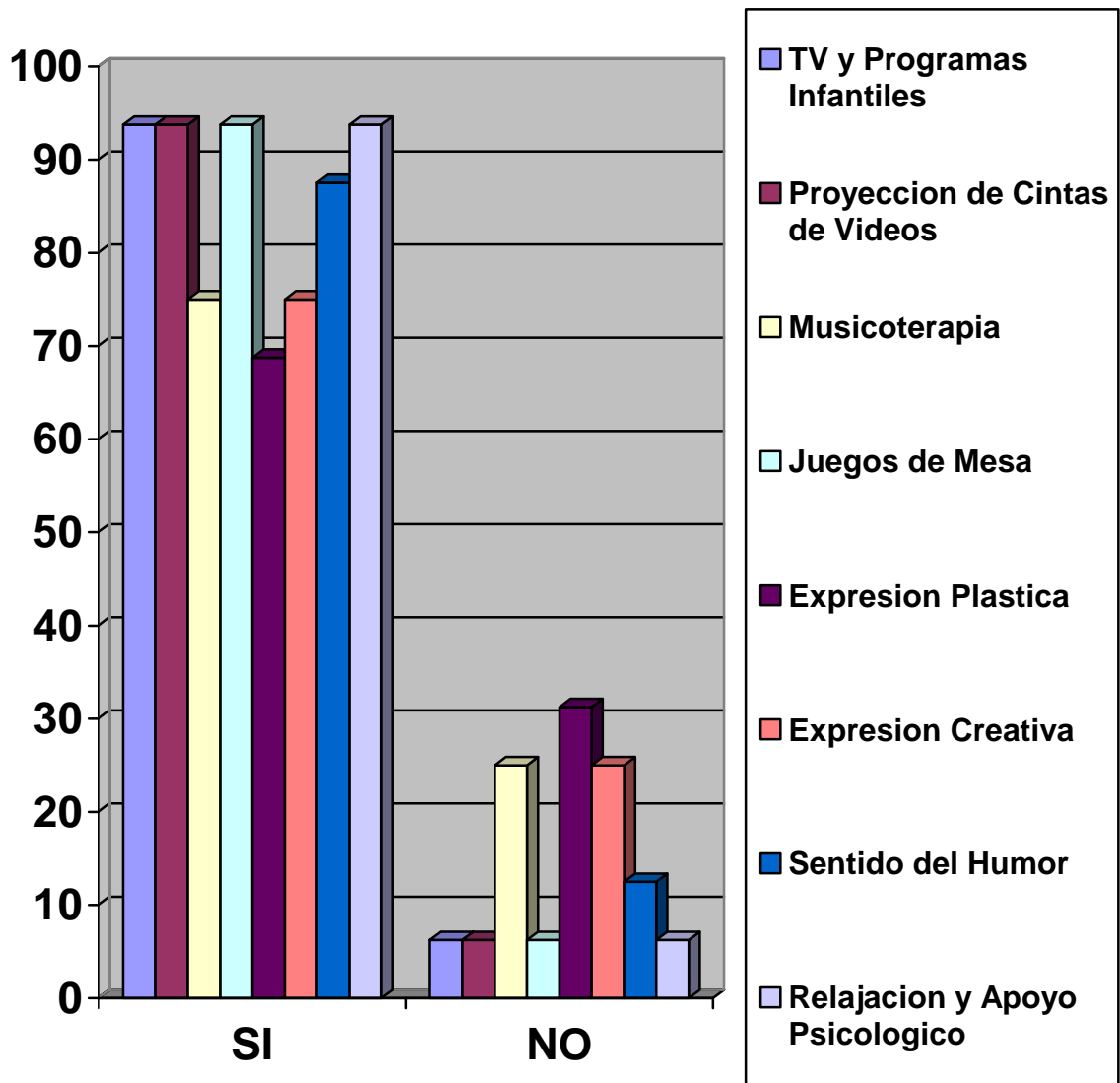
Cabe destacar, que las técnicas de apoyo cognitivas constituyen una herramienta practica en el tratamiento del dolor en niños con patologías oncológicas, al absorber al niño en actividades distractivas, audiovisuales, recreativas y expresivas que intervienen a nivel fisiológico, disminuyendo las respuestas neuronales evocadas por daños al organismo. Se debe señalar que las actividades lúdicas resultan indispensables para su bienestar al liberar endorfinas, ya que disminuye el dolor.

En este mismo orden de importancia se evidencia que el dibujo, la pintura, el sentido del humor, la relajación y el apoyo psicológico si es aplicado por los profesionales de enfermería que laboran en la unidad clínica de oncología y que intervienen en el manejo del dolor.

Se evidencia que el **15%** de los aspectos observados en la muestra sujeta a estudio no aplica las técnicas de apoyo cognitivas como medidas terapéuticas, ya que el profesional de enfermería no realiza actividades independientes que benefician al niño que padece de dolor oncológico.

Grafico 2

Aspectos observados en los profesionales de enfermería, en relación con las Técnicas de Apoyo Cognitivas. Primer semestre 2006.



Fuente: Cuadro 2

Análisis e Interpretación de los Resultados:

A través de los planteamientos realizados y posterior a la tabulación de los datos suministrados por el instrumento de recolección de datos (Guión de Observación) a la muestra de estudio seleccionada, se permitió determinar los “Cuidados que proporciona el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor utilizando técnicas de apoyo no farmacológicas para el manejo del dolor en la unidad clínica de oncología del Hospital de Niños J. M. de los Ríos”, conllevando a obtener una apreciación objetiva del tratamiento no farmacológico del dolor en niños oncológicos los cuales evidencian:

En lo referente a las Técnicas de Apoyo Físicas, se evidenció que el profesional de enfermería no utilizan las medidas físicas como alternativas moduladoras del dolor en niños con cáncer, obviando que los objetivos de las intervenciones físicas proporcionan confort, alteran la respuesta física, reducen los temores, proporcionan alivio temporal del dolor, distraen al niño centrando la atención en los estímulos táctiles y pueden aplicarse directamente sobre la zona dolorosa. La muestra objeto a estudio reflejó que un 56.25% si aplica las técnicas de apoyo físicas y un 43.75% no las aplican como técnica de apoyo preventiva del dolor.

En este mismo orden de importancia, se tiene que en lo referente a las Técnicas de Apoyo Cognitivas, se evidenció que un alto porcentaje de las enfermeras observadas aplican las medidas cognitivas en los niños

oncológicos con dolor con la ayuda de otros profesionales de la salud como la (psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapia del dolor, maestras; entre otros), con la colaboración importante de los padres y familiares. Cabe destacar que las técnicas de apoyo cognitivas como alternativas terapéuticas alteran la percepción del dolor, mediante la distracción se reduce la tensión muscular y emocional al desviar la atención del niño a otro estímulo. De allí la importancia de que el profesional de enfermería utilice las técnicas de apoyo cognitivas como recurso no invasivo en la interrupción del ciclo del dolor. La muestra objeto a estudio refleja que un 85% las aplican y un 15% no las aplican como actividades independientes que benefician al niño que padece de dolor oncológico.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

Cumplido el análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la investigación, en función de los objetivos preestablecidos se llegó a las siguientes conclusiones:

Al valorar los resultados obtenidos en la presente investigación se evidencia que el profesional de enfermería que labora en la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos”, aplican en un **56.25%** las técnicas de apoyo físicas como alternativas en la modulación del dolor en niños con patologías oncológicas, obviando las técnicas de digitopuntura, masajes y TENS, ya que estas técnicas son aplicadas por profesionales más especializados como la fisioterapeuta y la unidad de terapia del dolor.

Se observa que las técnicas de apoyo más utilizadas son los cambios de posición y ejercicios físicos en un 100%; al igual que la aplicación de calor y frío local ya que estas últimas producen vasodilatación, aumentando el flujo sanguíneo en la zona afectada disminuyendo el dolor al relajar los músculos.

Cabe destacar que un **43.75%** de la muestra sujeta a estudio refleja que no se aplican las técnicas de apoyo físicas como técnicas de apoyo preventivas del dolor.

En este mismo orden de importancia, se tiene que en lo relativo a las técnicas de apoyo cognitivas; el profesional de enfermería que labora en la Unidad Clínica de Oncología aplica estas técnicas en un **85%**, con la ayuda de otros profesionales de la salud como la psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, unidad de terapia del dolor y la maestra; con la colaboración importante de los padres y familiares.

Se evidencia que las técnicas de distracción visual y auditiva, la recreación y la relajación y apoyo psicológico constituyen el mayor porcentaje promedio de 93,75%, ya que estas conforman un conjunto de técnicas multimodales en el control del dolor en niños con patologías oncológicas, por lo que les facilita el desarrollo de habilidades que les permite superar la evolución de la enfermedad y sus síntomas, a través del enfoque de la atención de otros estímulos positivos que reducen la tensión muscular y emocional por la interacción mente-cuerpo.

Por otra parte se evidencia que un 87,75% de la muestra sujeta a estudio aplica el sentido del humor como técnica de apoyo preventiva del dolor; al igual que la expresión creativa y musicoterapia que constituyen un 75% y la expresión plástica un 68,75% como técnicas de apoyo no farmacológicas en niños con patologías oncológicas.

Se evidencia que el **15%** no aplica las técnicas de apoyo cognitivas ya que el profesional de enfermería no realiza actividades independientes que benefician al niño oncológico con dolor.

Se concluye que el dolor es una experiencia única e individual, que altera directamente la salud y alarga la recuperación, por tal la evaluación debe ser objetiva y el uso de las técnicas de apoyo tanto farmacológicas como no farmacológicas son la parte decisiva del proceso de cuidado de enfermería.

Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos surgen las siguientes recomendaciones:

1. Comunicar y publicar los resultados del estudio a las autoridades y profesionales de enfermería que laboran en la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos”, con la finalidad de incluir en las políticas de desarrollo; programas educativos dirigidos a los profesionales de enfermería para el manejo del niño oncológico con dolor a través de las técnicas de apoyo no farmacológicas.
2. Orientar a los profesionales de enfermería en cuanto al ejercicio profesional fundamentando en la competencia y en la actitud hacia las técnicas de apoyo no farmacológicas en el niño oncológico con dolor.
3. Presentar los resultados de la investigación a la Coordinación de Enfermería, Unidad Clínica de Oncología y Unidad de Terapia del Dolor, para que se aboquen a la planificación de estrategias; como la

elaboración de cursos y talleres para el manejo del dolor dirigidos al personal de enfermería, así mismo jornadas de trabajo dirigidas a incrementar el conocimiento sobre las técnicas de apoyo no farmacológicas (estrategias físicas y cognitivas) con el fin de brindar una mejor calidad de vida al niño oncológico con dolor.

4. Presentar los resultados de la investigación en eventos científicos y organismos gremiales, tanto a nivel regional como nacional; con la finalidad propiciar un mayor número de investigaciones en relación al rol del personal de enfermería en tan importante y necesaria modalidad de atención dirigida a los niños oncológicos con dolor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asociación Venezolana para el Estudio del Dolor (AVED). (1998). **“Que hay de Nuevo en Dolor”**. Editorial Tips Servicios Informativos C.A. Cortesía de Abbott Laboratorios División Hospitalaria. Caracas. Venezuela.

Atkinson, L. y Fortunato, N. (1998). **Técnicas de Quirófano**. 8va edición. Editorial Harcourt Brace. España.

Bautista, Ana y Quintero, Carmen. (2003). Intervención del personal de enfermería en el manejo del dolor del paciente pediátrico oncológico. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Extensión Caracas.

Balestrini, A. Miriam. (2001). **Como se elabora el Proyecto de Investigación**. 5ta Edición. Editorial BL Consultores Asociados. Servicio Editorial. Caracas.

Borsook, D.; Lebel, A. A. y Mcpeek, B. (1999). **Tratamiento del Dolor**. **Massachussets General Hospital**. Editorial MARBAN Libros, S. L. España.

Canales, Francisca.; Alvarado, Eva. y Pineda, Elia. (1994). **Metodología de la Investigación**. Editorial Limusa. México.

Círculos de Investigaciones y estudios con el psicoanálisis (CIEP) (2003). **Manual para padres y voluntarios del niño paciente**. Colección **niño paciente**. Caracas.

Escobar, M.; Paredes, E. Y Martínez, C. (2000). Calidad de atención del profesional de enfermería en la valoración del dolor en pacientes postoperados con patologías oncológicas. Hospital centro de Especialidades Medicas. Veracruz. México. Tesis de Grado. Disponible en: <http://www.tesisoncologia.com.html>.

Hurtado de Barrera, Jacqueline. (2000). **Metodología de la Investigación Holística.** 3era edición. Editorial Fundación Sypal. Caracas.

Ignatavicius, D. y Varner, B. (1999). Enfermería **Medico Quirúrgico. Planteamientos para mejorar el proceso de enfermería.** 1ra Edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México.

Kanner, R. (1999). **Secretos del Tratamiento del Dolor.** 1ra Edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México.

Kozier, Barbara.; Erb, G. Leonora.; Blais, Kathen y Wilkinson Judith. (2000). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y practica. 5ta edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. Madrid.

López, I.; E. (2004). **Enfermería en cuidados paliativos.** Editorial Medica Panamericana.

Maduro, M. T. (2000). **Fisiopatología del dolor en pacientes pediátricos.** 3ra edición. Editorial Doyma.

Martínez, E. y Carrazo, N. (1999). Intervención de enfermería en la satisfacción de necesidades interferidas referidas al control del dolor en pacientes oncológicos. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en

Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina.
Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Marriner Tomey Ann y Raile Alligood Martha (2003). **Modelos y Teorías de Enfermería**. 5ta edición. Edición en español. Publicación Elsevier Science. Impreso por Mosby.

Morales, P. y Eloy, A. (2002). **Manual de Clínica del Dolor y Cuidados paliativos**. Editorial Universidad Autónoma de Chiapas 2002. México.

Muriel, V. C. y Madrid, A. J. L. (1995). **Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico**. 2da edición. Editorial ELA (Libro del año SL). España.

Otto, S. E. MSN CRNI AOCN. MMII. **Enfermería Oncológica**. Volumen 1 y 2. Editorial Harcourt OCEANO. Barcelona. España.

Patiño, L. y Muñoz, J. (1996). **Fisiopatología del Dolor. Conceptos básicos en anestesia pediátrica**. Nueva editorial Santa Fe de Bogota.

Patiño S., L. H. (2006). **Dolor en niños. Conceptos básicos**. Gente Nueva Editorial. Bogota, D. C., Colombia.

Prithvi, R. (1994). **Tratamiento practico del Dolor**. 2da. Edición. Editorial Mosby Year Book. Atlanta Georgia. España.

Potter, Patricia. A. (2000). **Fundamentos de Enfermería Teórica y Practica**. 3era edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México.

Rivero, Y. (2004). Intervención de la enfermera (o) en el manejo del dolor en niños oncológicos. Trabajo de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias de la salud. Universidad Rómulo Gallegos. Extensión Aragua.

Sabino, Carlos. (2001). **El Proceso de Investigación.** 3era Edición. Editorial Panapo. Caracas.

Tamayo y Tamayo, Mario. (1999). **Diccionario de Investigación Científica.** Editorial Limusa, S. A. Colombia.

Torres, Luis Miguel. (1999). **Medicina del Dolor.** 2da Edición. Editorial MASSON, S. A. España.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (2002). **Manual de Trabajos de Grado de Especialización, Maestría y Tesis Doctorales.** Caracas.

Vargas, S. G. y Esposito, Q. G. (1999). **Dolor y Cuidados Paliativos en Oncología. Evaluación, Manejo y Tratamiento.** Ediciones Expansión Científica G&S. Caracas. Venezuela.

Whaley, L., y Wong, D. (2000). **Tratado de Enfermería Pediátrica.** 4ta edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. España.

ANEXOS

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERIA

GUION DE OBSERVACION

El presente guión de observación tiene la finalidad de recabar información relacionada con los “Cuidados que proporciona el profesional de enfermería al niño oncológico con dolor utilizando técnicas de apoyo no farmacológicas para el manejo del dolor en la Unidad Clínica de Oncología del Hospital JM. de los Ríos”. Este consta de 15 ítems, la primera parte referente a técnicas de apoyo físicas consta de 07 ítems y la segunda parte técnicas de apoyo cognitivas consta de 08 ítems; orientados a identificar las técnicas de apoyo no farmacológicas que aplica el Profesional de Enfermería en la Unidad Clínica de Oncología.

El mismo será aplicado por las investigadoras durante la jornada diaria a los profesionales de enfermería que intervienen en el manejo del dolor al niño oncológico hospitalizado en la Unidad Clínica de Oncología y que laboran en el turno de la mañana y tarde.

GUIÓN DE OBSERVACION

Parte I.- Técnicas de Apoyo Físicas:

Los profesionales de enfermería que intervienen en el manejo del dolor en niños oncológicos hospitalizados en la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos”, aplican las técnicas de apoyo físicas para manejar el dolor tales como:

Aspectos a Observar	Momentos Observados							
	1		2		3		4	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<p>Masajes:</p> <p>1) ¿Realiza masajes terapéuticos como técnica de relajación para minimizar el dolor y como técnica de apoyo preventiva del dolor?</p>								
<p>Estimulación Térmica (calor y frío local):</p> <p>2) ¿Aplica calor local (fomentera, compresas) en la zona afectada por el dolor?</p>								

<p>3) ¿Aplica frío local (hielo o compresas frías) en zona afectada por el dolor?</p>								
<p>Digitopuntura: 4) ¿Aplica la digitopuntura como técnica de apoyo física para aliviar el dolor?</p>								
<p>Electroestimulación Nerviosa Transcutanea (TENS): 5) ¿Utiliza TENS (electrodos) en las áreas afectadas por el dolor?</p>								
<p>Cambios de Posición: 6) ¿Realiza cambios de posición para evitar o aliviar el dolor?</p>								
<p>Ejercicios Físicos: 7) ¿Estimula al niño a realizar actividades físicas como la movilización y deambulacion para prevenir las posiciones antálgicas?</p>								

Parte 2.- Técnicas de Apoyo Cognitivas:

Los profesionales de enfermería que intervienen en el manejo del dolor en niños oncológicos hospitalizados en la Unidad Clínica de Oncología del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos”, aplican las técnicas de apoyo cognitivas (distracción y recreación) para manejar el dolor tales como:

Aspectos a Observar	Momentos Observados							
	1		2		3		4	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Distracción Visual:								
8) ¿Permite al niño la visualización de (TV); programas infantiles como distractor del dolor?								
9) ¿ Utiliza la proyección de cintas de videos como distractor del dolor?								
Distracción Auditiva:								
10) ¿Utiliza la musicoterapia como técnica de apoyo para controlar el dolor?								

<p>Juegos:</p> <p>11) ¿Estimula a los niños a la incorporación de juegos de mesa (ajedrez, ludos, bingos) como técnica de apoyo recreativa?</p>								
<p>Dibujo y Pintura:</p> <p>12) ¿Utiliza la expresión plástica (dibujos, pintura) como técnica de apoyo recreativa para controlar el dolor?</p>								
<p>13) ¿Facilita material para expresión creativa (hojas, colores, temperas, marcadores) como técnicas de apoyo recreativas?</p>								
<p>Sentido del Humor:</p> <p>14) ¿Utiliza la risa para brindar entretenimiento como técnica de apoyo para controlar el dolor?</p>								
<p>Relajación, Apoyo Psicológico:</p> <p>15) ¿Utiliza estas técnicas de apoyo como medidas terapéuticas para aliviar el dolor?</p>								

PENSAMIENTOS

“Prevenir el dolor es un deber y un derecho”.

“El dolor mas fácil de soportar es el ajeno”. (Miguel de Cervantes)

“La obligación de aliviar el sufrimiento humano es un componente esencial de la ética medica, es imperativo para los profesionales de la salud, mantener la habilidad clínica para conocer el manejo del dolor, incluso cuando los programas curriculares no lo incluyan”. (Cain and Hammes)

“Si los pacientes no pueden vivir mas tiempo, al menos deben vivir mejor”. (Murillo 1996)