

De la invisibilidad a la realidad: el manejo del dolor en niños hospitalizados por afecciones respiratorias

Da invisibilidade à realidade: o manejo da dor de crianças hospitalizadas por agravos respiratórios

From invisibility to reality: pain management in children hospitalized for respiratory problems

Danton Matheus de Souza¹ ; Daniella Franco Ortuño¹ ; Maria Luiza Lamussi Monteiro da Silva¹ ;
Joese Aparecida Carvalho¹ ; Lisabelle Mariano Rossato¹ 

¹Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

RESUMEN

Objetivo: analizar el manejo del dolor en niños hospitalizados por afecciones respiratorias con dolor durante todo el proceso de hospitalización. **Método:** estudio observacional, transversal, retrospectivo; realizado en un hospital escuela público en São Paulo, con expedientes médicos de niños hospitalizados en la división pediátrica en 2017. Los datos fueron recolectados en 2018, sometidos a análisis descriptivo e inferencial. **Resultados:** se analizaron los expedientes de 199 niños con dolor, observándose que el 91,4% de ellos tenían al menos una intervención farmacológica prescrita, recibida por el 68,8%; un niño recibió una intervención no farmacológica y el 25,1% tuvo su dolor reevaluado. El resultado de la realización de las tres etapas del manejo del dolor (22,1%) se asoció a: niños aproximadamente dos años mayores, aquellos que recibieron intervención farmacológica o que tuvieron el dolor reevaluado y aquellos con el diagnóstico de enfermería NANDA 00132-Dolor agudo. **Conclusión:** el manejo del dolor en niños hospitalizados por afecciones respiratorias está subvalorado en la práctica asistencial.

Descriptor: Enfermería Pediátrica; Niño; Enfermedades Respiratorias; Hospitalización; Manejo del Dolor.

RESUMO

Objetivo: analisar o manejo da dor em crianças hospitalizadas por agravos respiratórios com dor no contínuo da hospitalização. **Método:** estudo observacional, transversal, retrospectivo; conduzido em um hospital escola público em São Paulo, com prontuários de crianças hospitalizadas na divisão pediátrica em 2017. Os dados foram coletados em 2018, submetidos a análise descritiva e inferencial. **Resultados:** foram analisados os prontuários de 199 crianças com dor, sendo observado 91,4% delas com, no mínimo, uma intervenção farmacológica prescrita, recebida por 68,8%; uma criança recebeu uma intervenção não farmacológica e 25,1% tiveram sua dor reavaliada. O desfecho de realização das três etapas do manejo da dor (22,1%) foi associado a: crianças cerca de dois anos mais velhas, as que receberam intervenção farmacológica ou que tiveram a dor reavaliada e aquelas com o diagnóstico de enfermagem NANDA 00132-Dor aguda. **Conclusão:** o manejo da dor em crianças hospitalizadas por agravos respiratórios é desvalorizado na prática assistencial.

Descritores: Enfermagem Pediátrica; Criança; Doenças Respiratórias; Hospitalização; Manejo da Dor.

ABSTRACT

Objective: to analyse pain management in children hospitalized for respiratory problems with pain during hospitalization. **Method:** This is an observational, cross-sectional, retrospective study conducted at a public teaching hospital in São Paulo, using the medical records of children hospitalized in the pediatric division in 2017. Data was collected in 2018 and subjected to descriptive and inferential analysis. **Results:** The medical records of 199 children with pain were analyzed, and 91.4% of them were found to have at least one prescribed pharmacological intervention, which 68.8% received; one child received a non-pharmacological intervention and 25.1% had their pain reassessed. The outcome of completing all three stages of pain management (22.1%) was associated with: children around two years older, those who received pharmacological intervention or had their pain reassessed and those with the NANDA nursing diagnosis 00132-Acute pain. **Conclusion:** pain management in children hospitalized for respiratory problems is undervalued in care practice.

Descriptors: Pediatric Nursing; Child; Respiratory Tract Diseases; Hospitalization; Pain Management.

INTRODUCCIÓN

Los niños hospitalizados, a menudo, experimentan dolor, con estimaciones que varían entre el 20 y el 95%, abordando procedimientos dolorosos o dolor agudo relacionado con patologías¹⁻³. Un estudio transversal realizado con 1217 niños y adolescentes (recién nacidos hasta los 18 años incompletos) en 15 departamentos de urgencia y emergencia, observó que el 53,3% presentaba dolor en el momento de la aplicación del cuestionario, siendo un 37,5% dolor intenso⁴.

Debido a su alta incidencia, fue considerado un problema de salud pública, y su evaluación se convirtió en el quinto signo vital y un indicador de calidad, y su alivio, una meta de la década y un derecho de los niños^{5,6}.

El manejo del dolor puede definirse como etapas cíclicas, que incluyen evaluación, intervención farmacológica y/o no farmacológica, y reevaluación; estas deben estar interconectadas con una colaboración genuina entre todos los involucrados: niño, familia y profesional de la salud, con comunicación colaborativa y establecimiento de un entorno seguro⁷. Sin embargo, estos puntos no garantizan que el manejo del dolor se realice en los servicios de salud, siendo necesaria la continuidad de investigaciones. En este estudio, el enfoque será en niños hospitalizados por afecciones respiratorias.

Las afecciones respiratorias son las principales causas de hospitalización en niños⁸, con estimaciones de más de cinco millones de internaciones por infecciones de vías respiratorias inferiores entre 1995 y 2019, en niños de cinco a 19 años, con más de 87 mil muertes anuales⁹.

Entre los síntomas clínicos, los niños tienden a experimentar: obstrucción de vías aéreas superiores; disnea; uso de musculatura accesoria; tos intensa; hemoptisis; dolor de garganta y en el pecho, con una duración media de una a dos semanas^{1,6,10}. Estos síntomas pueden estar interrelacionados y conducir a la experiencia de dolor intenso, pero el dolor sigue siendo un síntoma invisibilizado en la práctica clínica en niños con afecciones respiratorias, considerando que, entre los síntomas, el dolor no provoca repercusiones urgentes en comparación con la disnea, por ejemplo.

El dolor de los niños con afecciones respiratorias puede clasificarse como dolor nociceptivo de causa visceral, con activación de receptores del dolor debido a alteraciones en el tracto respiratorio, siendo frecuentemente dolor agudo, con una duración inferior a tres meses⁶. Ya están establecidas en la literatura numerosas consecuencias de la falta de alivio del dolor, con impactos en el bienestar biopsicosocial, desarrollo neurológico y experiencia de dolor crónico; aumento del tiempo de hospitalización y posibilidad de readmisiones^{2,7,11}.

A estos aspectos se suman los impactos agudos que pueden ser causados en niños con afecciones respiratorias debido a la expresión del dolor, con comportamientos como irritabilidad y agitación intensa, alteraciones en los parámetros fisiológicos, disnea y uso de musculatura accesoria, que pueden llevar a fatiga respiratoria⁸.

De forma concomitante, el manejo del dolor realizado en su totalidad tiende a reducir la incidencia de complicaciones clínicas, el tiempo de hospitalización y el uso de recursos, además de aumentar la satisfacción del niño y la familia, con menor impacto a largo plazo^{5,7,12}. Sin embargo, a pesar de todo el contexto antes mencionado, el manejo del dolor en ambientes pediátricos sigue siendo inconsistente e inadecuado; y en casos de niños con afecciones respiratorias, es una temática poco explorada en la literatura científica. Así, surgió la siguiente inquietud: ¿Cómo se está realizando el manejo del dolor en niños con afecciones respiratorias hospitalizados, durante todo el proceso de internación?

Este estudio tuvo como objetivo analizar el manejo del dolor en niños hospitalizados por afecciones respiratorias con dolor durante el proceso de hospitalización.

MÉTODO

Estudio observacional, de tipo transversal, retrospectivo, con enfoque cuantitativo. Se trata de un subproyecto del estudio "Manejo del dolor pediátrico: un estudio retrospectivo", con una muestra limitada únicamente a las afecciones respiratorias. Para el desarrollo, se siguieron las recomendaciones del documento *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*¹³.

El estudio se llevó a cabo en un hospital público de nivel secundario en el municipio de São Paulo, utilizando expedientes médicos de niños atendidos en la división de pediatría, que incluye los sectores de: urgencias pediátricas, unidad de hospitalización pediátrica y unidad de cuidados intensivos pediátricos. En este estudio, se optó por analizar el proceso continuo de hospitalización, sin separar a los niños por los sectores en los que fueron atendidos.

La institución no cuenta con un protocolo de manejo del dolor, solo un instrumento que sistematiza la evaluación mediante las escalas: *Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)*, para recién nacidos hasta lactantes de hasta dos meses; *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability (FLACC)*, para lactantes de dos meses hasta niños menores de siete años y neuropáticos; Escala Wong-Faces (FACES) para niños mayores de tres años; Escala numérica verbal, para niños mayores de siete años; y la escala *Comfort behavior (COMFORT-b)* para niños en uso de sedantes. La evaluación se realiza cada cuatro horas, en caso de dolor fuera de los horarios estandarizados, se utiliza la anotación de enfermería.

Se incluyeron expedientes médicos de niños entre 28 días y menores de 14 años, delimitados debido al tiempo de atención en los sectores de la división pediátrica, hospitalizados en 2017, independientemente del sector de atención, por una afección respiratoria, criterio delimitado debido a la invisibilidad del dolor de estos niños en la literatura científica, con al menos una puntuación de dolor evaluada mediante una escala, documentada durante la hospitalización, registrada en el instrumento antes mencionado o en la anotación de enfermería. En los casos en los que el niño presentó más de una hospitalización, se consideraron los registros de la hospitalización más reciente. Se excluyeron los expedientes no disponibles por uso en consultas ambulatorias, readmisiones, uso por otros investigadores o con información incompleta respecto a la evaluación del dolor.

La recolección de datos se realizó mediante la técnica de muestreo por conveniencia, analizando todos los expedientes disponibles durante un año. Para la recolección, los investigadores crearon un instrumento, tras deliberación en el grupo de investigación, que contenía variables de caracterización del niño, manejo del dolor y sistematización de la atención de enfermería. Específicamente en las etapas del manejo del dolor, la evaluación se realizaba con el instrumento institucional con las escalas validadas. Las intervenciones farmacológicas eran prescritas por el equipo médico: “a criterio médico” (ACM) o “si es necesario” (S/N). Las no farmacológicas podían ser prescritas en la prescripción de enfermería o realizadas de forma autónoma por el equipo de enfermería y documentadas en el expediente médico. La reevaluación se documentaba en la anotación de enfermería. Así, para recopilar toda la información, los expedientes seleccionados fueron leídos en su totalidad.

Durante la hospitalización, se recopiló la puntuación de mayor intensidad de dolor, es decir, si durante la hospitalización el niño presentó quejas de dolor leve a intenso, se consideró la puntuación de mayor intensidad (intensa). Para que los datos de las diferentes escalas fueran comparables, la puntuación más alta registrada se dividió por el valor máximo de la escala correspondiente, respetando la variación de cada instrumento.

La variable dependiente de este estudio fue el manejo del dolor, incluyendo evaluación, intervención y reevaluación, siendo la puntuación de dolor una variable independiente que complementa la discusión de los hallazgos.

Los datos fueron recolectados de enero a diciembre de 2018, finalizando la base de datos en 2019. Durante ese período, se registraron 1.728 hospitalizaciones. Sin embargo, se excluyeron 477 expedientes, quedando 1.251 expedientes leídos en su totalidad, de los cuales 762 correspondían a afecciones respiratorias. Del total, 481 niños tenían una puntuación de dolor documentada, de los cuales 199 eran niños con afecciones respiratorias, contabilizados en la muestra de este estudio. Cabe señalar que no se realizó un cálculo de tamaño de muestra para la recolección de datos, sino que se recopilaron todos los expedientes disponibles durante el período establecido.

Los datos se sometieron a análisis descriptivo e inferencial utilizando el *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versión 21. Para el análisis descriptivo, se utilizaron percentiles, medidas de tendencia central (media) y dispersión (Desviación Estándar - DE). Para el análisis inferencial, se probaron las variables continuas en cuanto a su distribución (Prueba de Kolmogorov-Smirnov), observándose una distribución no gaussiana. Así, para la comparación de variables, se utilizaron pruebas no paramétricas (prueba de Chi-cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher), considerándose un valor de $p < 0,05$ (5%) como diferencia estadística en un Intervalo de Confianza (IC) del 95%.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo y por la Institución Coparticipante, ambos en 2017. Es importante destacar que, en la institución coparticipante, en el momento de la admisión, los responsables de los niños firman un documento que permite el uso de los expedientes médicos en investigaciones científicas. Para el análisis de los expedientes, la investigadora principal firmó un Acuerdo de Confidencialidad que garantizaba el respeto a la privacidad de la información recopilada.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 199 niños con afecciones respiratorias y dolor, durante el proceso de hospitalización, cuya caracterización se presenta en la Tabla 1.

La edad media observada fue de 2,22 (+2,96) años. Predominaron niños del sexo masculino (58,3%), con diagnóstico clínico de bronquiolitis (43,2%), y diagnóstico de virus respiratorio (n=65), como el virus sincitial respiratorio (33,3%). La caracterización del manejo del dolor se presenta en la Tabla 2.

Todas las niñas y los niños fueron evaluados para el dolor al menos una vez, siendo la escala FLACC la más utilizada (83,4%). Todos presentaron puntuación de dolor, con una puntuación media de cuatro puntos. Entre los niños, el 91,4% tenía al menos una intervención farmacológica prescrita. Sin embargo, solo el 68,8% la recibió para el alivio del dolor. Un solo niño recibió una intervención no farmacológica, que consistió en la aplicación de calor local, y solo el 25,1% tuvo su dolor reevaluado. El diagnóstico de enfermería NANDA 00132-Dolor agudo se clasificó en el 20,6%, con la actividad de enfermería: “Realizar una evaluación integral del dolor, que incluya la localización, las características, el inicio, la duración, la frecuencia, la calidad, la intensidad o la gravedad del dolor, y los factores precipitantes”. Los datos relacionados con el manejo del dolor y su asociación con otras variables se presentan en la Tabla 3.

Tabla 1: Caracterización de los participantes (n=199). São Paulo, SP, Brasil. 2018.

Variables		n (%)	IC 95%
Edad (años)	$\mu=2,22(\pm 2,96)$; Min=0,05; Max=14,75; IC=1,85-2,68		
Hospitalización (días)	$\mu=4,44(\pm 4,84)$; Min=1,00; Max=27,00; IC=4,80-6,160		
Sexo	Femenino	83 (41,7)	35,08-48,66
	Masculino	116 (58,3)	51,35-64,92
Enfermedad de base		38 (19,1)	14,21-25,15
Hospitalización previa	Urgencias Pediátricas	191 (95,9)	92,14-98,08
	Unidad de Cuidados Intensivos	17 (8,5)	5,33-13,33
Diagnóstico clínico	Bronquiolitis	86 (43,2)	36,52-50,16
	Neumonía	67 (33,7)	27,46-40,50
	Crisis Asmática	34 (17,1)	12,46-22,96
	Estenosis Subglótica	4 (2,0)	0,60-5,24
	Bronconeumonía	3 (1,5)	0,31-4,54
	Crup Viral (Laringitis)	2 (1,0)	0,04-3,83
	Apnea	1 (0,5)	0-3,08
	Crisis de Sibilancia	1 (0,5)	0-3,08
	Influenza	1 (0,5)	0-3,08
Panel viral respiratorio	Ausencia de Recolección Viral	64 (32,1)	-
	Negativo	70 (51,8)	43,49-60,11
	Virus Sincicial Respiratorio	45 (33,3)	25,93-41,66
	Parainfluenza ¾ virus	10 (7,4)	3,93-13,25
	Rinovirus Humano	4 (2,9)	0,90-7,63
	Virus de la Influenza	4 (2,9)	0,90-7,63
	Metapneumovirus	1 (0,7)	0-4,49
	Adenovirus Humano	1 (0,7)	0-4,49

Notas: μ =media; Min=mínimo; Max=máximo; IC=Intervalo de Confianza.

Tabla 2: Caracterización del manejo del dolor en los niños (n=199). São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Variable		n (%)	IC 95%
Score del dolor	$\mu=4,44(\pm 2,3)$; Min=1; Max=10; IC=4,13-4,75		
Evaluación del dolor	Escala NIPS	19 (9,5)	6,13-14,5
	Escala FLACC	166 (83,4)	77-59-87,98
	Escala FACES	7 (3,5)	1,58-7,22
	Escala Verbal Numérica	18 (9,1)	5,73-13,92
	Escala COMFORT-B	0	0
Intervención farmacológica prescrita*	Dipirona	168 (84,4)	78,7-88,84
	Paracetamol	57 (28,6)	22,80-35,30
	Ibuprofeno	5 (2,5)	0,91-5,91
	Morfina	3 (1,5)	0,31-4,54
	Cetoprofeno	7 (3,5)	1,58-7,22
	Cetorolaco	5 (2,5)	0,91-5,91
	Tramadol	9 (4,5)	2,28-8,49
	Simeticona	2 (1,0)	0,04-3,83
Intervención farmacológica realizada		137 (68,8)	62,09-74,88
Intervención no farmacológica	Documentada	1 (0,5)	0-3,08
	No documentada	198 (99,5)	96,92-100
Reevaluación del dolor		50 (25,1)	19,59-31,60
Diagnóstico de Enfermería: Dolor Agudo		41 (20,6)	15,54-26,78

Notas: μ =media; Min=mínimo; Max=máximo; IC=Intervalo de Confianza; * cada niño podría tener más de una intervención farmacológica prescrita.

Tabla 3: Análisis de asociación entre el manejo del dolor y variables independientes (n=44). São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Variable		Manejo del dolor		Valor de p		
		Sí (n=44)	No (n=155)			
Sexo	Femenino	15 (34,1)	68 (43,8)	0,242*		
	Masculino	29 (65,9)	87 (56,1)			
Enfermedad de base		8 (18,2)	36 (19,3)	0,861*		
Hospitalización previa		44 (100)	0	0,228**		
Diagnóstico Clínico	Bronquiolitis	16 (36,3)	70 (45,2)	0,537**		
	Crisis Asmática	8 (18,2)	26 (16,8)			
	Neumonía	18 (40,9)	49 (31,6)			
	Crisis de Sibilancia	0	1 (0,6)			
	Bronconeumonía	1 (2,8)	2 (1,3)			
	Estenosis Subglótica	0	4 (2,9)			
	Influenza	0	1 (0,6)			
	Crup viral (Laringitis)	0	2 (1,3)			
	Apnea	1 (2,8)	0			
	Panel Viral Respiratorio	Negativo	13 (48,1)		57 (52,8)	0,901**
		Virus sincial respiratorio	11 (25,0)		34 (31,9)	
		Parainfluenza 3	2 (7,4)		8 (7,4)	
		Rinovirus humano	0		4 (2,9)	
Influenza		1 (2,8)	3 (2,8)			
Metapneumovirus		0	1 (0,6)			
Adenovirus		0	1 (0,6)			
Diagnóstico de Enfermería: Dolor Agudo		18 (40,9)	132 (85,1)	<0,001*		
Intervención farmacológica realizada		44 (100)	93 (60,0)	<0,001*		
Intervención no farmacológica realizada		0	1 (0,6)	0,593*		
Reevaluación del dolor		44 (100)	6 (3,8)	<0,001*		

Notas: *Prueba de Chi-cuadrado de Pearson; **Prueba exacta de Fisher

La realización de las tres etapas básicas del manejo del dolor (evaluación, intervención y reevaluación) se identificó en 44 niños (22,1%). Al comparar el manejo del dolor con la edad, se observó que los niños que recibieron las tres etapas eran aproximadamente dos años mayores que aquellos que no tuvieron un manejo completo ($3,31 \pm 3,88$ años; IC=2,33-4,64 y $1,91 \pm 2,57$ años; IC=1,55-2,37, respectivamente - $p=0,041$).

El manejo del dolor estuvo asociado con los niños que recibieron intervención farmacológica ($p<0,001$), aquellos cuyo dolor fue reevaluado ($p<0,001$) y el diagnóstico de enfermería NANDA 00132-Dolor agudo ($p<0,001$). Las demás variables no mostraron asociación con cada etapa del manejo del dolor ni con su integración completa.

DISCUSIÓN

Este estudio demuestra que el manejo del dolor en niños hospitalizados por afecciones respiratorias aún es subvalorado, considerando que solo el 22,1% de los niños recibieron las tres etapas del manejo (evaluación, intervención y reevaluación). Comenzando por la evaluación, esta etapa es crucial para identificar el dolor en los niños y, de manera ágil, establecer un plan de atención adecuado. Aunque es un desafío, existen numerosas escalas disponibles para la evaluación del dolor, y en este estudio, todos los niños fueron evaluados mediante una escala^{6,14}. Sin embargo, se estima que esta evaluación pudo haber sido influenciada por la falta de documentación de la actuación profesional en la práctica clínica, ya que, de las 762 hospitalizaciones por afecciones respiratorias, solo 199 niños tenían una puntuación de dolor documentada.

Ya se reconoce en la literatura científica que, en la práctica clínica, la evaluación del dolor se realiza de manera mecánica, aunque existan instrumentos disponibles. Los estudios indican que los profesionales a menudo no realizan la evaluación por falta de tiempo o, cuando la hacen, no utilizan las escalas, basándose en la percepción de que los parámetros de evaluación son subjetivos, utilizando la intuición, la observación o el cuestionamiento a los familiares sobre la presencia de dolor en el niño^{11,14,15}. Al reflexionar sobre este contexto en niños con afecciones respiratorias, se observa una sobrevaloración del cuadro clínico respiratorio en detrimento de otros signos acompañantes, como el dolor, lo que contribuye a una evaluación imprecisa¹⁶.

En este estudio, solo se documentó un diagnóstico por niño, predominando la bronquiolitis, sin diferencia estadística al compararla con la variable dependiente. Sin embargo, es importante reflexionar que cuando existe un contexto de múltiples condiciones, como un cuadro de neumonía con derrame pleural o bronquiolitis con neumonía, el dolor en el niño puede acentuarse, requiriendo mayor atención¹⁰.

Aproximadamente el 70% de los cuadros respiratorios son causados por virus², como se observó en este estudio con 65 niños. Una revisión sistemática con metaanálisis, en estudios realizados con 103.210 niños menores de cinco años hospitalizados por infecciones de las vías respiratorias inferiores, encontró que 38.355 tenían al menos un virus respiratorio¹⁷. Se estima que este número podría ser mucho mayor, considerando que muchas instituciones no incluyen la recolección de panel viral como parte de la rutina hospitalaria, como se observó en este estudio, donde el 32,1% de los niños no tuvo esta recolección.

La literatura destaca que un niño puede tener más de un virus, como se observó en una investigación transversal con 3.199 niños de hasta 16 años, de los cuales 1.624 dieron positivo para uno, 210 para dos, 28 para tres y tres para cuatro virus respiratorios¹⁸. Aunque en este estudio no se detectaron casos de coinfección, es importante considerar esta acumulación de virus y su influencia en la experiencia de dolor.

El virus principal detectado en esta muestra fue el virus sincitial respiratorio (33,3%), lo que concuerda con la literatura científica^{10,17,18}. Una investigación transversal demostró que, entre 75.128 niños hospitalizados por afecciones respiratorias, el virus sincitial fue el más frecuente en los menores de un año (4.204 lactantes) y entre los de uno a dos años (2.777 niños)⁸. Aunque ya se ha informado una mayor prevalencia de este virus en niños menores de un año, en este estudio se observó que cuanto más pequeño es el niño, menor es su probabilidad de recibir el manejo completo del dolor en todas sus etapas ($p < 0,04$).

En cuanto a la edad y el manejo del dolor, la subvaloración puede estar asociada a la creencia histórica de que los niños que no verbalizan el dolor no lo sienten de la misma manera que los demás o que experimentan menos impacto sistémico por el dolor no aliviado^{3,4}, lo que puede influir en la percepción de los profesionales y, en consecuencia, llevar a la falta de intervenciones. Por el contrario, los niños menores de un año tienen una mayor probabilidad de ser hospitalizados por afecciones respiratorias que otros grupos debido a que su sistema inmunológico está en desarrollo¹⁹, lo que aumenta la posibilidad de experimentar dolor, no solo por la enfermedad, sino también por las manipulaciones del personal asistencial, lo que requiere una reevaluación de este contexto.

Aunque este estudio se llevó a cabo antes de la pandemia de COVID-19, es importante reflexionar sobre este contexto. Aunque el número de niños infectados por el virus es menor que el de los adultos, así como la tasa de hospitalización y mortalidad, en el cuadro clínico de los niños, el dolor (cefalea, dolor de garganta, tórax o abdomen) está presente²⁰. Para futuros estudios, se recomienda investigar el manejo del dolor durante el período pandémico.

Ningún expediente en este estudio documentó el uso de la escala Comfort-b, que debe utilizarse en niños sedados hospitalizados, especialmente en la UCI. El número de niños con afecciones respiratorias que son hospitalizados en UCI es elevado^{8,19}, principalmente debido a la insuficiencia respiratoria; estos niños utilizan numerosos dispositivos ventilatorios, como la ventilación invasiva, y se someten a manipulaciones y procedimientos invasivos. De base, la probabilidad de que estos niños experimenten dolor es alta, pero si están sedados, la evaluación es más desafiante². El bajo uso de esta escala puede estar influenciado por el informe de los profesionales de que la escala es larga y subjetiva², lo que nuevamente contribuye a la desvalorización del manejo del dolor en los niños.

El alivio del dolor es un derecho de los niños hospitalizados, establecido desde 1995²¹. Para garantizar este derecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la intervención sea multimodal, combinando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas⁶. No obstante, a pesar de estas recomendaciones, aún se observa una falta de traducción de este conocimiento a la práctica clínica. Un estudio transversal realizado con 63 niños hospitalizados mostró que, en las últimas 24 horas evaluadas, el 55,4% informó haber sentido algún dolor, pero solo el 12,5% recibió una intervención multimodal; otro aspecto fue que el 15,5% no recibió ninguna intervención⁵. Esto respalda los hallazgos de este estudio, en el cual el 31,2% de los niños no recibió ninguna intervención.

El uso de intervenciones farmacológicas puede estar influido por el hecho de que muchos medicamentos utilizados en niños son de uso *off-label*, lo que genera temor en los profesionales al prescribirlos. Esto se observa especialmente con los opioides, debido al miedo de provocar depresión respiratoria, lo cual puede ser más pronunciado en niños con afecciones respiratorias⁶. En cuanto a las intervenciones no farmacológicas, se observa la creencia entre los profesionales de que estas no son efectivas para el alivio del dolor, lo que lleva a su bajo uso^{14,15}, como se evidenció en este estudio, donde solo se aplicó una intervención no farmacológica a un niño.

Se espera que, tras la realización de una intervención, los niños sean reevaluados¹¹, pero solo el 25,1% de los casos cumplió con esta etapa. En este estudio, la realización de intervenciones farmacológicas y la reevaluación del dolor estuvieron asociadas con un manejo del dolor integral ($p < 0,001$).

La colaboración con la familia puede ser un predictor importante para el manejo del dolor. En la práctica, se observa que los profesionales tienden a escuchar a los padres al evaluar el dolor²², pero estos a menudo tienen un conocimiento limitado sobre el tema, basando sus percepciones en experiencias personales^{7,15,23}. Es necesaria la educación familiar para mejorar el manejo del dolor, aunque es importante destacar que la responsabilidad de este proceso recae en los profesionales de la salud y no en las familias.

En esta muestra, el 20,6% de los niños tenía un diagnóstico y una intervención de enfermería documentada, lo cual estuvo asociado a la realización del manejo del dolor ($p < 0,001$). Este hallazgo subraya la importancia del proceso de enfermería como aliado en la práctica clínica del equipo de enfermería para lograr un manejo integral del dolor^{7,24}, siendo necesario invertir en su reconocimiento dentro de la atención asistencial.

Las etapas del manejo del dolor pueden estar influenciadas por el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud. Un estudio transversal realizado con 292 enfermeros reveló que el 74,7% tenía un conocimiento insuficiente y una actitud inadecuada frente al manejo del dolor en niños¹⁴. Este dato es preocupante y puede estar relacionado con la formación profesional, como se observó en otro estudio transversal con 203 enfermeros, en el que el 95,6% mencionó no haber recibido capacitación en el manejo del dolor²⁵.

Sin embargo, el conocimiento es solo uno de los factores que contribuyen a la invisibilidad del manejo del dolor. En este estudio, la institución coparticipante es un hospital escuela, donde se esperaría que los profesionales estuvieran comprometidos con la garantía de una atención de calidad a los niños, enseñando a los estudiantes durante el proceso.

A pesar de la ausencia de un protocolo de manejo del dolor, existe un instrumento para la sistematización y la implementación de la evaluación del dolor como quinto signo vital, lo que debería garantizar la evaluación y sensibilizar a los profesionales sobre las etapas posteriores. Llama la atención el bajo número de intervenciones no farmacológicas documentadas, que podrían estar subrepresentadas debido a la tendencia de los profesionales a valorar únicamente las intervenciones medicamentosas, ya sea no aplicando o no documentando el uso de intervenciones no farmacológicas.

La subvaloración del manejo del dolor puede considerarse un desvío de la ética profesional, dado que existen evidencias, algunas ya integradas en la rutina profesional, pero aún poco difundidas. El problema del manejo del dolor puede ir más allá del conocimiento y estar relacionado con las actitudes profesionales, que a menudo no coinciden con los valores éticos de las profesiones de la salud.

Es necesario reflexionar sobre estrategias para cambiar este contexto. Se recomienda seguir tres etapas: 1) Evaluación del estado actual del manejo del dolor, en la que este estudio se enmarca; 2) Identificación de las lagunas y barreras para el manejo del dolor; y 3) Realización de un estudio de implementación^{11,26}.

Una estrategia posible es la realización de capacitaciones, como se observó en un estudio cuasiexperimental con 37 enfermeros, que mostró un impacto significativo en el conocimiento y la actuación en el manejo del dolor²⁷. Sin embargo, independientemente de la estrategia, se recomienda la constante actualización y auditoría para garantizar que la implementación se lleve a cabo.

Limitaciones del estudio

Se consideran limitaciones de este estudio la ausencia de datos referentes a la unidad de hospitalización en el momento de la experiencia del dolor y la falta de información sobre el uso de dispositivos ventilatorios, lo que podría haber enriquecido la discusión de los hallazgos. Además, no se realizó un cálculo de tamaño de muestra, lo que habría permitido evaluar la representatividad de la muestra en la población. También, la dependencia de los datos en el registro de los profesionales podría no reflejar fielmente lo que sucede en la práctica clínica.

No obstante, este estudio aporta datos relevantes que muestran que la subvaloración del manejo del dolor en niños hospitalizados por afecciones respiratorias es una realidad que debe ser visibilizada.

En futuros estudios, se recomienda la realización de protocolos prospectivos que evalúen el manejo del dolor en niños con afecciones respiratorias a pie de cama, proporcionando una visión real de la atención. También se sugiere la realización de investigaciones cualitativas que exploren las percepciones de los profesionales respecto al manejo del dolor en este perfil de niños.

Además, son necesarios estudios que consideren los lugares de hospitalización como variables independientes, prestando especial atención a las unidades de urgencias y de cuidados intensivos pediátricos, así como estudios sobre la traducción e intercambio de conocimientos, con el fin de implementar en la práctica clínica las evidencias ya disponibles. Esto permitirá resignificar un contexto de invisibilidad, haciendo que el dolor sea un aspecto importante, visible y mejor manejado.

CONCLUSIÓN

Este estudio demostró la subvaloración del manejo del dolor en niños con afecciones respiratorias, ya que sus tres etapas se realizaron solo en el 22,1% de los casos.

En cuanto a cada etapa, todos los niños fueron evaluados para el dolor utilizando una escala validada, el 91,4% tenía una intervención farmacológica prescrita, pero solo el 68,8% la recibió para el alivio del dolor. Solo un niño recibió una intervención no farmacológica y el 25,1% tuvo su dolor reevaluado.

La realización del manejo del dolor estuvo asociada a niños aproximadamente dos años mayores, que recibieron intervención farmacológica, cuya dolor fue reevaluado, y que recibieron el diagnóstico de enfermería NANDA 00132-Dolor agudo.

REFERENCIAS

1. Rivera BN, et. al. Frequency of respiratory virus-associated infection among children and adolescents from a tertiary-care hospital in Mexico City. *Sci Rep.* 2023; 13(1):19763. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-47035-6>.
2. Kleinhans A. Acute pain management protocols in pediatric intensive care units. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2023; 35(3):247-54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2023.05.001>.
3. Alotaibi K, Higgins I, Day J, Chan S. Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses - integrative review. *Int Nurs Rev.* 2018; 65(4):534-33. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12465>.
4. Navarro MCM, Castellanos ME, Márquez GG, García AR, García PP. Pain Prevalence among children visiting pediatric emergency departments. *Pediatr Emerg Care.* 2022; 38(5):228-34. DOI: <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002580>.
5. Marchetti G, Vittori A, Cascella M, Mascilini I, Piga S, Petrucci E, et al. Pain prevalence and pain management in children and adolescents in an Italian third level pediatric hospital: a cross-sectional study. *Ital J Pediatr.* 2023; 49(1):41. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01439-2>.
6. World Health Organization. WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2012 [Cited 2024 Jan 05]; 172p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138354/>.
7. Eull D, Looman W, Von SO. Transforming acute pain management in children: a concept analysis to develop a new model of nurse, child and parent partnership. *J Clin Nurs.* 2023; 32(15-16):5230-40. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.16625>.
8. Hu XW, Zhou Y, Yi S, Zhang W, Wang X, Du J, et al. Epidemiological characteristics of respiratory syncytial virus infection among hospitalized children with acute respiratory tract infections from 2014 to 2022 in a hospital in Hubei Province, China: Longitudinal Surveillance Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2023; 9:e43941. DOI: <https://doi.org/10.2196/43941>.
9. Wang X, Li Y, Mei X, Bushe E, Campbell H, Nair H. Global hospital admissions and in-hospital mortality associated with all-cause and virus-specific acute lower respiratory infections in children and adolescents aged 5-19 years between 1995 and 2019: a systematic review and modelling study. *BMJ Glob Health.* 2021; 6(7):e006014. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006014>.
10. Chaiut W, Sapbamrer R, Dacha S, Sudjaritruk T, Parwati I, sumarmo A, et al. Characteristics of respiratory syncytial virus infection in hospitalized children before and during the COVID-19 pandemic in Thailand. *J Prev Med Public Health.* 2023; 56(3):212-20. DOI: <https://doi.org/10.3961/jpmph.23.019>.
11. Mahon P, Aitken C, Veiga M, Poitras S. Time for action: understanding health care professionals views on pain and pain management in a pediatric hospital. *Pain Manag Nurs.* 2023; 24(2):171-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.10.002>.
12. Kleve I, Hedén L, Karlsson K, Sundler A, Darcy L. Children's individual voices are required for adequate management of fear and pain during hospital care and treatment. *Scand J Caring Sci.* 2021; 35(2):530-37. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12865>.
13. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth.* 2019; 13(1):31-4. DOI: https://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18.
14. Fenta E, Kibret S, Hunie M, Tamire T, Eshetie D, Seid S, et al. Nurses' knowledge and attitude towards children pain management: a multi-site survey study. *Front Pediatr.* 2023; 11:1182529. DOI: <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1182529>.
15. Ndengeyngoma A, Lebel V, Alvarez SB. Children and pain: assessment and management according to parents' perspective. *Res Nurs Health.* 2023; 46(1):93-100. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.22271>.
16. Baker KM, Phelan AM, Reilly JR, Lansing RW, Schwartzstein RM, Banzett RB. Rating dyspnea and pain: "no" is not always "zero". *Clin Nurs Res.* 2023; 32(1):15-21. DOI: <https://doi.org/10.1177/10547738221134564>.
17. Zhu G, Xu D, Zhang Y, Wang T, Zhang L, Gu W, et al. Epidemiological characteristics of four common respiratory viral infections in children. *Virol J.* 2021; 18(1):10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12985-020-01475-y>.
18. Fillatre A, François C, Segard C, Duverlie G, Hecquet D, Pannier C, et al. Epidemiology and seasonality of acute respiratory infections in hospitalized children over four consecutive years (2012-2016). *J Clin Virol.* 2018; 102:27-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2018.02.010>.
19. Nygaard U, Hartling UB, Nielsen J, Vertergaard LS, Dungu KHS, Nielsen JSA, et al. Hospital admissions and need for mechanical ventilation in children with respiratory syncytial virus before and during the COVID-19 pandemic: a Danish nationwide cohort study. *Lancet Child Adolesc Health.* 2023; 7(3):171-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00371-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00371-6).
20. Cui X, Zhao Z, Zhang T, Guo W, Guo W, Zheng J, et al. A systematic review and meta-analysis of children with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Med Virol.* 2021; 93(2):1057-69. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmv.26398>.
21. Brasil. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da União [Internet]. 1995 [Cited 2024 Jan 07]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/resolucoes-1-a-99.pdf>.
22. Souza DM, Fernandes RF, Costa CTS, Borghi CA, Rossato LM. From theory to practice: the inclusion of hospitalized children's families in painful procedures. *Rev Esc Enferm USP.* 2023; 57:e30340152. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0152en>.
23. Escobar-Castellanos ME, Míguez-Navarro MC, García-Mancebo J, Fernández-Monteagudo B, Pascual-García P, Guerrero-Márquez G, et al. How much do parents know about pain in their children? *Pediatr Emerg Care.* 2023; 39(1):40-4. DOI: <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002585>.

24. Reis KGL, Serranegra NVF, Varela ALV, Almeida PA, Carrer MO, Barreto CP, et al. Child health nursing consultation and competencies for Advanced Practice Nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58:e20230269. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0269en>.
25. Shrestha I, Payakkaraung S, Sanasuttipun W. Pain management competency and its associated factors among nurses. *J Nepal Health Res Counc*. 2023; 20(3):623-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36974848/>.
26. Mahon P, Aitken C, Veiga M, Poitras S. Time for action: understanding health care professionals views on pain and pain management in a pediatric hospital. *Pain Manag Nurs*. 2023; 24(2):171-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.10.002>.
27. Achaliwie F, Wakefield AB, Franklin CM. The impact of education on the knowledge and attitudes of Ghanaian nurse tutors towards the assessment and management of pain in children: A quantitative study. *Nurse Educ Today*. 2023; 121:105680. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105680>.

Contribuciones de los autores

Concepción, D.M.S., J.A.C. y L.M.R.; metodología, D.M.S., J.A.C. y L.M.R.; software, D.M.S.; validação, L.M.R.; análisis formal, D.M.S.; investigación, D.M.S., D.F.O., M.L.L.M.S., J.A.C. y L.M.R.; obtención de recursos, L.M.R.; curaduría de datos, J.A.C.; redacción – original preparación de borradores, D.M.S., D.F.O. y M.L.L.M.S.; revisión y edición, D.M.S., D.F.O., M.L.L.M.S. y L.M.R.; visualización, J.A.C.; supervisión, L.M.R.; administración del proyecto, L.M.R. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.